

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE BICHAT - BEAUJON

Année 1975

N°

THÈSE

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

GOUZY Anne-Marie

Née le 13 Janvier 1942, à Foix (Ariège).

Présentée et soutenue publiquement le

LES LÉSIONS MACROSCOPIQUES DU PÉRITOINE
DANS LES ALGIES PELVIENNES DE LA FEMME
EN PÉRIODE D'ACTIVITÉ GÉNITALE.

Président : Mr. J. BAUMANN, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6^e)

1975

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE BICHAT - BEAUJON

Année 1975

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

GOUZY Anne-Marie

Née le 13 Janvier 1942, à Foix (Ariège).

Présentée et soutenue publiquement le

**LES LÉSIONS MACROSCOPIQUES DU PÉRITOINE
DANS LES ALGIES PELVIENNES DE LA FEMME
EN PÉRIODE D'ACTIVITÉ GÉNITALE.**

Président : Mr. J. BAUMANN, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6^e)

1975



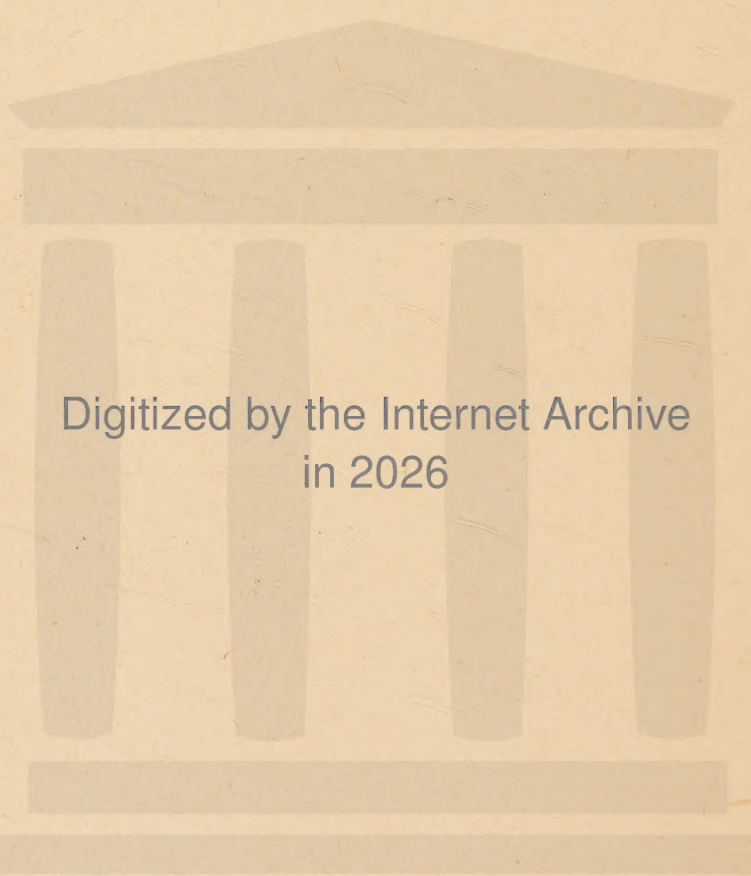
A Monsieur le Professeur J. BAUMANN

Doyen de la Faculté Xavier-Bichat

qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé J.-H. RAVINA

qui nous inspira ce
travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Au Docteur B. JAMAIN

Chef de Service de la Maternité
de l'Hôpital Bichat

Professeur au Collège de Médecine

Avec notre reconnaissance.

Au Docteur G. LE SUEUR

Médecin-chef
du Centre hospitalier de Versailles

En témoignage de notre
reconnaissance pour son
enseignement et sa bien-
veillance à notre égard.

A MES MAÎTRES D' EXTERNAT

En reconnaissance de
leur enseignement.

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

LES LÉSIONS MACROSCOPIQUES DU PÉRITOINE
DANS LES ALGIES PELVIENNES DE LA FEMME
EN PÉRIODE D'ACTIVITÉ GÉNÉRALE

I N T R O D U C T I O N

Le but de cet ouvrage est de regrouper, parmi sept ans de douglassectomies et quatre ans de coelioscopies pratiquées dans le service pour algies pelviennes, les observations des femmes qui présentaient des lésions péritonéales macroscopiques.

On éliminera de ce cadre les causes infectieuses, les causes liées à une endométriose, à une grossesse pathologique ou à un processus tumoral.

Ces recherches ont permis de constater que 58,3 % des coelioscopies ont été pratiquées pour un syndrome douloureux pelvien, accompagné le plus souvent d'autres signes tels que : métrorragies, fièvre.

Les différentes étiologies de ces algies ayant nécessité une coelioscopie se répartissent par ordre de fréquence, de la manière suivante :

- les causes infectieuses	19,5 %
- les grossesses pathologiques	12,2 %
- les kystes ovariens	6,7 %
- l'endométriose	3 %
- les lésions péritonéales	1,7 %

Le nombre des coelioscopies s'étant révélées normales est de 15,1 %.

Outre les douleurs pelviennes, les coelioscopies sont motivées par :

- les stérilités 27,5 %
- les aménorrhées 8,1 %
- les processus tumoraux 7,9 %

Par contre, 79,1 % des douglassectomies, pratiquées pour un syndrome douloureux attribué à un trouble de la statique pelvienne, montrent des lésions péritonéales.

L'étude de 36 observations nous a permis de comparer, d'une part le syndrome clinique de chaque lésion et, d'autre part, lorsqu'il y a eu intervention chirurgicale, d'apprécier les résultats en fonction du syndrome anatomo-clinique.

Après une étude historique, nous analyserons successivement le syndrome clinique et les lésions rencontrées, puis viendra la thérapeutique, où nous décrirons les techniques de la douglassectomie et d'exclusion du Douglas, et enfin leurs résultats.

- I -

H I S T O R I Q U E

= Sur le plan étiologique, le traumatisme obstétrical est relevé depuis longtemps comme facteur d'algies pelviennes.

En effet, DUDLEY, en 1906, HERTZLER et FOTHERGILL, en 1907, le mentionnent dans les troubles de la statique pelvienne. COTTE, en 1923, dans un article consacré au varicocèle pelvien, signale lui aussi la multiparité.

CONDAMIN, en 1926, appelle douglassite un syndrome douloureux pelvien qu'il attribue à une inflammation chronique du Douglas.

En 1949, TAYLOR rend responsables d'un syndrome clinique, appelé congestion pelvienne, plusieurs facteurs : mécanique, inflammatoire, hormonal, neuro-sympathique.

Puis, MASTERS et ALLEN isolent, en 1955, de ce tableau clinique disparate, le signe de "l'universal joint cervix", correspondant à des lésions anatomiques précises, presque toujours secondaires au traumatisme obstétrical.

En 1957, ROUX décrit un syndrome d'algie pelvienne déterminé par le sympathique pelvien, dont la cause serait des troubles d'ordre statique.

En 1961, V. LOFFREDO, dans sa thèse sur le syndrome de déchirure du ligament large, trouve,

lui aussi, une étiologie obstétricale dans 43 cas sur 42. Pourtant, il décrit un cas de déchirure péritonéale chez une vierge.

En 1965, MATHIEU, SERMENT, PIANA, RUF, BOSSI et FELCE attribuent ces douleurs à l'endométriose. En effet, sur 12 cas d'endométriose minime, il trouve 6 cas associés à une rétroversion utérine ou à un syndrome de Masters et Allen. ROCHET et MIKAELIAN, à la même date, ne retrouvent pas une origine obstétricale certaine et parlent de prédisposition congénitale et de malfaçon du péritoine pelvien.

= Sur le plan clinique, en 1858, ARAN décrit un syndrome douloureux mécanique, caractérisé par des algies pelviennes, augmentées par la marche, la fatigue, la station debout, et qui sont accompagnées de dyspareunie, dysménorrhée, métrorragies, de troubles urinaires, digestifs ou psychiques.

COTTE, en 1923, décrit une symptomatologie analogue avec, à l'examen, le plus souvent, un utérus rétroversé, une mobilité exagérée de ce dernier, ce qui entraînera comme conséquence une fixation ligamentaire indispensable lors de l'intervention.

En 1927, CONDAMIN parle, lui aussi, de "ces femmes à utérus trop mobile". En Allemagne, SCHUBERT, LUDWIG et ENGELMANN notent une amélioration de la symptomatologie par columnisation.

En 1955, MASTERS et ALLEN individualisent de ce tableau clinique un signe, l'"universal joint cervix", en rapport avec une déchirure du feuillet postérieur du ligament large.

= Sur le plan lésionnel, les principales anomalies pelviennes constatées portent essentiellement :

- sur la mobilité, la situation et l'aspect de l'u-

térus ;

- sur la présence ou non de varicocèle pelvien ;
- sur le cul-de-sac de Douglas ;
- sur l'aspect, l'intégrité et la consistance du péritoine pelvien ;
- sur l'aspect et l'intégrité des ligaments.

L'utérus est gros, violacé, marbré, en rétroversion ou rétroposition. COTTE insiste sur la mobilité exagérée de cet utérus qu'il faudra fixer en bonne position lors de l'intervention chirurgicale.

Le varicocèle pelvien, qui accompagne ou non la rétroversion de l'utérus, fut décrit en premier par RICHET et DEVALZ en 1858, puis fut de nouveau mis en évidence par CLOE (1883), DUDLEY (1888), par ROUSSEAU (1892) et CAMUSET en 1903.

En 1920, CHALIER et DUNET considèrent le varicocèle comme une conséquence de lésions ovariennes de type dystrophique.

CASTANO, en 1921, SCHUBERT (1921), ENGELMANN (1922) en citent de nombreux exemples.

En 1923, COTTE et JESDITCH font une étude de la question et attribuent la présence de varicocèle, non pas à l'ovarite scléro-kystique, comme le faisaient CHALIER et DUNET, mais soit à la rétroversion utérine associée, soit à une mobilité exagérée de l'utérus.

En 1924, AUVRAY, dans une étude du varicocèle pelvien, attribue le varicocèle à des lésions gynécologiques précises (fibrome, kyste de l'ovaire, prolapsus, infection) ou à des veines utéro-ovariennes mal soutenues dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, à l'absence de valvules ou à des anomalies de développement du système veineux d'origine congénitale.

En 1962, POUTONNIER, GRYNFOGEL et RAUZY pensent que la rétroversion utérine n'est douloureuse

que lorsqu'elle s'accompagne de troubles vasculaires.

En 1963, COMITI et EMERY, PISSANCIEL, en 1964, trouvent deux étiologies au varicocèle, la rétroversion utérine, la rupture des fibres de la lame porte-vaisseaux.

En 1933, COLANERI DOUAY pense que les névralgies pelviennes sont dues à une altération du péritoine.

En 1949, TAYLOR note, dans son syndrome de congestion pelvienne, un aspect oedémateux du péritoine.

En 1955, MASTERS et ALLEN furent les premiers à isoler un signe, l'"universal joint cervix", correspondant à une déchirure verticale du feuillet postérieur du ligament large, intéressant le péritoine et le fascia sous-jacent.

Cette déchirure siège à la partie basse du mésométrium au niveau de l'isthme, et peut revêtir deux formes :

- La première est une déchirure à bord net, intéressant péritoine et fascia sous-péritonéal ;

- La deuxième est minime : le péritoine présente des érosions en tête d'épingle, alors que le fascia sous-péritonéal présente une déchirure dont les bords ont tendance à se rétracter.

Il existe parfois des ligaments utéro-sacrés hypotoniques.

En 1958, VARANGOT, GRANGEON, CHARTIER et LOFFREDO (1961) font une étude complète de la question portant sur 42 cas.

Ils constatent les deux mêmes sortes de lésions : l'une avec déchirure complète du péritoine et du fascia, l'autre avec dilacération du fascia sans rupture vraie du péritoine qui est transparent

et usé.

A la même date, ROUX, MARCHAL et BAUMEL, dans une étude des algies pelviennes dites essentielles, constatent, à la laparotomie, un Douglas toujours profond, des attaches ligamentaires lâches, un varicocèle souvent accusé et un péritoine pelvien se laissant soulever à la pince.

En 1961, BERTRAND, BLANCHARD, DUBREUIL et FILLMANN pensent que le syndrome de Masters et Allen pourrait s'expliquer par l'existence d'une certaine faiblesse et fragilité du péritoine qui se laisserait repousser à travers le tissu cellulaire péritonéal ou même finirait par se laisser perforer.

En 1962, SERMENT, FELCE et RUF décrivent trois sortes de lésions du ligament large.

Les deux premières sont identiques à celles décrites par VARANGOT ; la dernière a un aspect de cicatrice étoilée ou en éventail au niveau de la face postérieure du ligament large. Ils pensent, par ailleurs, que la rétroversion et la douleur du syndrome de déchirure du ligament large sont expliquées par la dilacération fibreuse et en particulier par celle des utéro-sacrés.

A la même date, COMITI et EMERY émettent la même opinion. La lésion du ligament large est associée à une déchirure et une élongation des ligaments utéro-sacrés, à des ligaments ronds, étirés et faibles.

En 1964, PISSANCIEL, dans sa thèse sur le syndrome de désinsertion utérine, décrit, outre les lésions péritonéales précitées, des anomalies plus diffuses, avec un péritoine très aminci dans son ensemble. Il insiste, par ailleurs, sur la fréquence de l'atteinte des ligaments utéro-sacrés qui sont arrachés, déchirés ou très grêles, souvent réduits aux replis péritonéaux, et sur l'atteinte associée des ligaments ronds qui peuvent être allongés et filiformes.

L'étude histologique du péritoine montre une congestion vasculaire avec augmentation du nombre des vaisseaux capillaires.

En 1967, BRET, BARDIAUX, DEBRUX et DEMAY, dans une étude sur les algies pelviennes, ne trouva aucune spécificité étiologique, clinique et histologique au syndrome de Masters et Allen.

Les aspects histologiques sont ceux de l'inflammation.

Il existe tantôt des phénomènes exsudatifs seuls, tantôt des phénomènes scléreux, mais le plus souvent une association des deux.

Par ailleurs, il note une association fréquente avec l'endométriose (9 cas sur 25).

L'unité des constatations microscopiques permet d'isoler un syndrome unique : la pelvi-péritonite scléro-inflammatoire, dont le syndrome d'Allen et Masters ne serait qu'une forme clinique particulière avec lésions macroscopiques visibles.

- II -

ETUDE CLINIQUE

La moyenne d'âge des femmes ayant subi une douglasséctomie pour algies pelviennes, et porteuses de lésions péritonéales est de 30 ans. L'âge varie de 23 ans à 37 ans. Pour les coelioscopies, la moyenne d'âge se situe à 27 ans.

A)- L'ETUDE DES ANTECEDENTS

gynécologiques et obstétricaux de ces malades va permettre de déterminer l'influence d'un facteur traumatique chirurgical ou obstétrical sur l'apparition de lésions péritonéales.

1)- Antécédents gynécologiques.

Sur 34 observations de femmes, dont le cycle menstruel est connu, on trouve 27 femmes à cycle régulier, variant de 26 à 30 jours, soit 79,5 %, et 7 femmes dont le cycle est irrégulier, soit 20,5 %.

On note que 6 femmes sur 34, soit 17,6 %, présentent des ménorragies, se répartissant en deux lots égaux de 3 chez celles à cycle régulier et à cycle irrégulier. Les métrorragies sont beaucoup plus rares, puisque 2 femmes sur 34, soit 5,8 %, en ont présenté, toutes les deux ayant subi un curetage biopsique.

Une dysménorrhée se retrouve dans 14 cas sur

34, soit 41,1 %, un syndrome prémenstruel dans 4 cas, soit 11,7 %, un syndrome intermenstruel dans 1 cas.

12 femmes sur 36, soit 33,3 %, ont eu, dans leur passé, un incident gynécologique ayant entraîné, dans la plupart des cas, un geste chirurgical.

On trouve :

- deux curetages biopsiques, dont l'un pour polype muqueux ;
- trois annexectomies, dont deux pour grossesse extra-utérine et une pour annexite ;
- une intervention pour kystes ovariens bilatéraux avec ligature des trompes ;
- une cure de rétroversion utérine avec résection ovarienne ;
- une hémi-ovariectomie droite avec cloisonnement du Douglas ;
- une résection de kyste ovarien droit ;
- l'existence d'ovaires polykystiques connus lors d'une laparotomie exploratrice pratiquée pour lithiase rénale droite ;
- une gonococcie ;
- une salpingite.

2)- Antécédents obstétricaux.

L'étude du nombre de grossesses par malade montre que les lésions péritonéales ne se rencontrent pas particulièrement chez les grandes multipares. En effet, le tableau suivant nous indique que plus de la moitié des femmes n'ont pas eu plus de 2 grossesses, que celles-ci soient arrivées à terme ou non.

- 5 femmes sur 36, soit 13,8 %, n'ont eu aucune grossesse.
- 9 femmes sur 36, soit 25 %, ont eu 1 grossesse.

- 9 femmes sur 36, soit 25 %, ont eu 2 grossesses.
- 5 femmes sur 36, soit 13,8 %, ont eu 3 grossesses.
- 4 femmes sur 36, soit 11,1 %, ont eu 4 grossesses.
- 4 femmes sur 36, soit 11,1 %, ont eu plus de 4 grossesses.

Dans 11 cas, soit 30,5 %, on retrouve la notion d'accouchement ou de suites de couches compliqués :

- 5 forceps ;
- 1 délivrance artificielle,
- 1 révision utérine,
- 2 curetages pour rétention placentaire,
- 1 infection génitale des suites de couches,
- 1 hémorragie de la délivrance,
- 16 femmes sur 36, soit 44,4 %, ont fait une fausse couche, et
5 femmes sur 16, soit 31,25 % du nombre total, en ont fait plusieurs.

On relève 3 cas sur 16 ayant présenté des complications infectieuses dans les suites d'avortement, soit 18,75 % :

- 2 femmes sur 36 ont présenté une grossesse extra-utérine ;
- 1 femme sur 36 a eu une mole hydatiforme curetée, soit 2,7 %.

o o

De ces différents tableaux, on peut conclure que :

- 31 femmes sur 36 ont eu un antécédent obstétrical, accouchement ou fausse-couche, soit 86,1 % des cas ;
- 22 femmes sur 36, soit 61,1 %, ont eu dans leur passé un accident obstétrical : fausse couche, accouchement difficile ou compliqué ;

- 11 femmes sur 36, soit 30,5 %, ont eu plusieurs facteurs pathologiques associés.

Par ailleurs, on s'aperçoit que 4 femmes sur 36 seulement, soit 11,1 %, n'ont eu aucun antécédent gynécologique ou obstétrical.

B) - LES SIGNES FONCTIONNELS.

1) - Le syndrome douloureux pelvien ou abdomino-pelvien.

La douleur est essentiellement pelvienne, puisqu'on la retrouve dans 30 cas sur 35, soit 85,7 % des femmes.

Les 5 malades restantes présentent des douleurs abdomino-pelviennes.

Dans 10 cas, l'origine des algies pelviennes ou abdomino-pelviennes remonte à un accouchement, soit 28,5 % des malades ; dans 7 cas, elle remonte à une fausse couche, soit 20 % des malades.

Donc, pour 48,5 % des femmes, le début des troubles est secondaire à un antécédent obstétrical précis.

On constate, par ailleurs, que les douleurs abdomino-pelviennes (5 cas) succèdent toujours à un avortement.

La localisation de la douleur a été précisée dans 32 cas. On trouve :

- 13 cas où la douleur est plus importante à droite, soit 40,6 % ;
- 6 cas où la douleur est strictement unilatérale droite, soit 18,7 % ;
- 4 cas où la douleur est prédominante à gauche, soit 12,5 % ;

- 1 cas où la douleur est strictement unilatérale gauche, soit 3,1 % ;
- 3 cas où la douleur est médiane, soit 9,3 % ;
- 5 cas où la douleur est bilatérale, soit 15,6 %.

L'étude de ces chiffres montre que, dans 59,3 % des cas, la douleur est prédominante à droite ou strictement unilatérale droite.

L'intensité de la douleur est, par contre, très variable, puisque, dans 16 cas où elle est précisée, elle est décrite comme violente dans 9 cas, comme simple gêne ou pesanteur dans 7 cas. Par ailleurs, l'étude des antécédents gynécologique et obstétricaux, de la localisation de la douleur ne permet pas de leur attribuer une influence sur l'intensité.

L'évolution de la douleur est, elle aussi, très variable. Sur 22 cas précisés, 12 cas ont des douleurs permanentes et 10 cas ont des crises douloureuses.

Ces douleurs, qu'elles soient permanentes ou qu'elles évoluent par crises, peuvent être aggravées par la survenue des règles. En effet, pour 20 cas précisés, on relève 10 cas où le syndrome algique était plus important avant et pendant les règles. Dans les 10 autres cas, il n'était pas influencé par le cycle menstruel.

Par contre, une nette aggravation par la fatigue, la station debout, les efforts, les secousses (voiture, bus, train ou quelquefois le simple fait de s'asseoir) est retrouvée dans 25 cas sur 36, soit 69,4 %.

Les algies pelviennes ou abdomino-pelviennes s'accompagnent, dans 50 % des cas, de lombalgies qui évoluent sur le même rythme.

Dans 7 cas sur 36, soit 19,4 %, on trouve la notion de cruralgies qui ne sont jamais isolées,

mais accompagnent toujours les lombalgies.

2)- La dyspareunie

est un des signes les plus fréquemment observés, puisqu'elle existe dans 29 cas sur 36, soit 80,5 % des cas.

Dans 28 cas, elle fait partie d'un syndrome douloureux pelvien ; dans 1 cas, elle est le motif principal de la consultation.

Le début de la dyspareunie est précisé 19 fois sur 29.

- Dans 15 cas, elle est secondaire, soit dans 78,9 % des cas.

- Dans 4 cas, elle est primaire, soit dans 21,1 % des cas.

Elle est secondaire à un antécédent obstétrical précis dans 12 cas sur 19, soit 63,1 %. Cet antécédent obstétrical est aussi le même facteur déclenchant des algies pelviennes qui accompagnent la dyspareunie.

Dans 2 cas sur 15 où la dyspareunie est secondaire, on ne retrouve aucun antécédent ni gynécologique ni obstétrical.

Dans 2 cas sur 4, où la dyspareunie est primaire, on ne trouve aucun antécédent obstétrical. Par contre, dans 2 cas sur 4, il existe un antécédent chirurgical gynécologique : une annexectomie, une hémi-ovariectomie droite avec cloisonnement du Douglas.

Il n'existe, en fait, qu'un cas de dyspareunie primaire sans aucun antécédent.

Dans 22 cas sur 29, soit 75,8 %, la dyspareunie est profonde, plus importante au moment de la pénétration maxima, avec persistance d'un endolorissement pelvien après les rapports dans 11 cas, soit 37,9 %.

Cette dyspareunie est permanente, survenant à chaque rapport, dans 9 cas sur 29, soit 31 %, et est plus importante en période prémenstruelle dans 5 cas sur 29, soit 17,2 %.

3)- Les signes associés.

On trouve :

- une pollakiurie dans 8 cas sur 36, soit 22,2 % ;
- une constipation dans 11 cas sur 36, soit 30,5 % ;
- un ténesme rectal dans 3 cas sur 36, soit 8,3 % ;
- un amaigrissement dans 14 cas sur 36, soit 38,8 % ;
- une asthénie importante dans 19 cas sur 36, soit 52,7 % ;
- des troubles d'ordre psychique dans 6 cas sur 36, soit 16,6 %.

o o

Au total, de l'interrogatoire de cas malades, on peut conclure qu'elles présentent, dans la majorité des cas :

1)- un syndrome algique pelvien, avec une nette localisation droite, dont l'origine remonte, dans la moitié des cas, à un antécédent obstétrical précis.

Ces douleurs sont aggravées le plus souvent par les secousses, l'effort, la station debout, la fatigue.

2)- des lombalgies, qui accompagnent les douleurs pelviennes dans 50 % des cas et qui suivent le même rythme ;

3)- une dyspareunie profonde, secondaire dans plus de 75 % des cas ;

4)- une altération de l'état général.

Par ailleurs, il est à noter qu'il n'y a pas de corrélation nette entre le nombre, l'importance

des facteurs étiologiques et l'intensité des signes cliniques.

C)- EXAMEN CLINIQUE.

Au toucher vaginal, on trouve un utérus :

- rétroversé 24 fois sur 36, soit 66,6 % des cas ;
- en position intermédiaire 4 fois sur 36, soit 11,1 % des cas ;
- antéversé 1 fois sur 36, soit 2,7 % des cas ;
- enclavé dans le Douglas 1 fois sur 36, soit 2,7 % des cas ;
- mobile 6 fois sur 36, soit 16,6 % des cas.

On remarquera que la rétroversion accompagne les douleurs pelviennes 21 fois sur 24, soit 87,5 % des cas, et les douleurs abdomino-pelviennes 3 fois sur 24, soit 12,5 % des cas.

Par ailleurs, sur les 24 cas de rétroversion utérine, on retrouve une dyspareunie dans 22 cas, soit 91,6 % des cas, et des lombalgies dans 12 cas, soit 50 % des cas.

L'utérus est de petite taille 2 fois sur 36, soit 5,5 % des cas, augmenté de volume 4 fois sur 36, soit 11,1 % des cas, déformé 1 fois sur 36, soit 2,7 % des cas.

On note une douleur provoquée par le toucher vaginal 33 fois sur 36, soit 91,6 % des cas. Elle se manifeste :

- lors de la mobilisation utérine 15 fois sur 33, soit 45,4 % des cas ;
- lors de la pulsion du col 3 fois sur 33, soit 9,1 % des cas ;
- au niveau du cul-de-sac postérieur 13 fois sur 33, soit 39,3 % des cas ;
- au niveau du cul-de-sac latéral droit 2 fois sur 33, soit 6 % des cas ;

- au niveau du cul-de-sac latéral gauche 7 fois sur 33, soit 21,1 % des cas.

On remarquera qu'à une douleur provoquée au niveau du cul-de-sac postérieur, correspond toujours une dyspareunie.

Par ailleurs, l'examen gynécologique déclenche :

- une douleur identique à la douleur spontanée dans 16 cas sur 36, soit 44,4 % des cas ;
- une douleur identique à la dyspareunie 10 fois sur 36, soit 27,7 % des cas ;
- et réveille les irradiations douloureuses dans 2 cas sur 36, soit 5,5 % des cas.

o o

Au total, l'examen clinique permet donc de conclure :

- que l'utérus est le plus souvent rétroversé ;
 - que cette rétroversion utérine s'accompagne de dyspareunie dans plus de 90 % des cas et de lombalgies dans la moitié des cas ;
 - que le toucher vaginal est douloureux dans plus de 90 % des cas ;
 - que cette douleur provoquée se manifeste principalement lors de la mobilisation utérine et au niveau du cul-de-sac postérieur ;
 - qu'à cette douleur au niveau du cul-de-sac postérieur correspond toujours une dyspareunie ;
 - que, dans plus de 40 % des cas, la douleur au toucher vaginal est identique à la douleur spontanée.
-

- III -

LES LESIONS ANATOMIQUES

L'étude des lésions macroscopiques rencontrées lors de coelioscopies et de douglasséctomies porte essentiellement sur :

- l'utérus : son volume, sa coloration, sa situation ;
- le péritoine : sa consistance, son intégrité, son uniformité ;
- la présence ou non de liquide intra-péritonéal ;
- la vascularisation ;
- éventuellement, les autres organes, s'ils sont porteurs de lésions associées.

A)- L'UTERUS

Sa position est relevée 29 fois sur 36.

- Dans 22 cas sur 29, soit 75 % des cas, il est rétroversé.
- Dans 4 cas sur 29, soit 13,7 % des cas, il est en position intermédiaire.
- Dans 3 cas sur 29, soit 10,3 % des cas, il est antéversé.

Une hypermobilité utérine est retrouvée dans 3 observations sur 36, soit 8,3 % des cas.

On remarquera que ces chiffres varient par

rapport à ceux établis lors de l'examen clinique.

Il faut tenir compte de la variabilité de la situation de l'utérus, d'un examen à l'autre, en fonction de la position de la malade et du degré de réplétion des organes voisins .

Le volume utérin est augmenté dans 7 cas sur 36, soit 19,4 % des cas.

On note par ailleurs qu'il est de coloration marbrée 16 fois sur 36, soit 44,4 % des cas.

B)- LES LESIONS PERITONEALES.

1)- Syndrome de MASTERS et ALLEN.

Dans 16 observations sur 36, soit 44,4 % des cas, on trouve, au niveau de la face postérieure du ligament large, des lésions qui peuvent entrer dans le cadre d'un syndrome d'Allen et Masters.

Dans 12 cas sur 16, soit 75 % des cas, on est en présence d'un syndrome de Masters et Allen typique avec déchirure nette du feuillet péritonéal postérieur du ligament large. La localisation de cette déchirure se répartit de la manière suivante:

- 3 fois sur 12, soit 25 % des cas, elle est bilatérale ;
- 2 fois sur 12, soit 16,6 % des cas, elle est située à droite ;
- 1 fois sur 12, soit 8,3 % des cas, elle est située à gauche ;
- 6 fois sur 12, soit 50 % des cas, sa situation n'est pas précisée.

Dans 3 observations sur 16, soit 18,7 % des cas, le syndrome d'Allen et Masters est moins net, avec simple amincissement du péritoine de la face postérieure du ligament large. Le péritoine apparaît alors comme usé, transparent, friable.

Dans 3 observations sur 16, soit 18,7 % des cas, on décrit des petites varicosités de la face postérieure du ligament large, qui s'accompagnent dans 2 cas d'un amincissement du péritoine sous-jacent.

Le syndrome de Masters et Allen ne s'accompagne d'une rétroversion utérine que dans 8 cas sur 16, soit 50 % des cas, et s'associe à un utérus marbré dans 9 cas sur 16, soit 56, 2 % des cas.

2)- Consistance du péritoine.

L'étude de la consistance du péritoine permet de constater que :

- 2 fois sur 36, soit 5,5 % des cas, il est plus épais que la normale ;
- 2 fois sur 36, soit 5,5 % des cas, il est plus mince que la normale ;
- 1 fois sur 36, soit 2,7 % des cas, on note une association de transparence et d'épaisseur exagérée ;
- 1 fois sur 36, soit 2,7 % des cas, il existe un épaississement localisé, associé par ailleurs à un syndrome de Masters et Allen et à des adhérences.

L'association à une rétroversion utérine se retrouve dans 2 cas sur 6, soit 33,3 % des cas, à un utérus marbré dans 5 cas sur 6, soit 83,3 % des cas, à un syndrome de Masters et Allen 1 fois sur 6, soit 16,6 % des cas.

3)- Uniformité du péritoine.

Les autres lésions péritonéales rencontrées dans 9 observations sur 36, soit 25 % des cas, se répartissent de la manière suivante :

- Les adhérences sont retrouvées 6 fois sur 36, soit 16,6 % des cas.

- Dans 1 cas sur 36, soit 2,7 % des cas, il existe des formations membraneuses associées à des kystes péritonéaux.
- Dans 1 cas sur 36, soit 2,7 % des cas, il existe une bride péritonéale.
- Dans 2 cas sur 36, soit 5,5 % des cas, il existe une rétraction des tissus.

Ces lésions sont associées :

- à une rétroversion utérine dans 5 cas sur 9, soit 55,5 % des cas ;
- à un utérus marbré, dans 3 cas sur 9, soit 33,3% des cas ;
- à un syndrome d'Allen et Masters 1 fois sur 9, soit 11,1 % des cas.

4)- Etude du cul-de-sac de Douglas.

Dans 15 cas sur 36, soit 41,6 % des cas, il apparaît que le Douglas est béant ou profond, ou qu'il existe soit une amorce de hernie, soit une hernie vraie du Douglas.

Ces anomalies sont associées à :

- une rétroversion utérine dans 9 cas sur 15, soit 60 % des cas ;
- à un syndrome de Masters et Allen, 6 fois sur 15, soit 40 % des cas ;
- à des anomalies de la consistance du péritoine, 4 fois sur 15, soit 26,6 % des cas ;
- aux autres lésions péritonéales de type adhérences, brides, etc., 1 fois sur 15, soit 6,6 % des cas.

5)- Vascularisation.

Le varicocèle est une lésion fréquemment rencontrée, puisqu'il apparaît dans 18 cas sur 36, soit chez 50 % des malades.

La localisation du varicocèle est variable :

- 8 fois sur 36, soit 22,2 % des cas, elle est imprécise ;
- 7 fois sur 36, soit 19,4 % des cas, il se situe au niveau des pédicules veineux annexiels ;
- 3 fois sur 36, soit 8,3 % des cas, on le voit au niveau du pédicule lombo-ovarien ;
- 2 fois sur 36, soit 5,5 % des cas, il se situe au niveau du pédicule veineux utérin ;
- 1 fois sur 36, soit 2,7 % des cas, on note des dilatations variqueuses du cul-de-sac de Douglas.

Le varicocèle est associé :

- à la rétroversion utérine, 9 fois sur 18, soit 50 % des cas ;
- à un utérus marbré, 7 fois sur 18, soit 38,8 % des cas ;
- à un syndrome de Masters et Allen, 7 fois sur 18, soit 38,8 % des cas ;
- à des anomalies de consistance du péritoine, 1 fois sur 18, soit 5,5 % des cas. Il est à remarquer qu'il existe, dans le cas présent, un syndrome d'Allen et Masters associé ;
- à des lésions péritonéales type adhérence, kyste, bride , etc., 4 fois sur 18, soit 22,2 % des cas ;
- à un Douglas profond ou à une hernie du Douglas, 6 fois sur 18, soit 33,3 % des cas ;
- à du liquide intra-péritonéal, 15 fois sur 18, soit 27,7 % des cas.

Dans 1 seul cas, le varicocèle est la seule lésion observée.

6)- Le liquide intra-péritonéal.

Le liquide intra-péritonéal est présent 7 fois

sur 36, soit 19,4 % des cas :

- il est séreux 3 fois sur 7, soit 42,8 % des cas;
- il est sanglant 3 fois sur 7, soit 42,8 % des cas;
- il est séro-sanglant 1 fois sur 7, soit 14,2 % des cas.

Sa présence est associée :

- 5 fois sur 7, au varicocèle, soit 71,4 % des cas ;
- 3 fois sur 7, à un syndrome de Masters et Allen, soit 42,7 % des cas. Dans ces 3 cas, le ligament est séreux ;
- 4 fois sur 7, à une rétroversion utérine, soit 57,1 % des cas (mais il existe toujours une autre lésion associée) ;
- 2 fois sur 7, à une anomalie de consistance du péritoine, soit 28,5 % des cas ;
- 2 fois sur 7, à des lésions de type adhérences, soit 28,5 % des cas ;
- 3 fois sur 7, à un Douglas béant ou à une hernie du Douglas, soit 42,7 % des cas.

On décrit, par ailleurs, dans 2 cas sur 36, soit 5,5 % des cas, la présence d'une "gelée de groseille" recouvrant l'utérus qui est, dans ces 2 cas, rétroversé. Il n'existe pas de varicocèle associé.

7)- Les ligaments utéro-sacrés.

L'étude des ligaments utéro-sacrés nous montre que, dans 8 cas sur 36, soit 22,2 % des cas, ils sont faibles, étirés.

Cette fragilité s'associe :

- dans 6 cas sur 8, soit 75 %, à une rétroversion utérine ;
- dans 6 cas sur 8, soit 75 % des cas, à un varicocèle ;
- dans 2 cas sur 8, soit 25 % des cas, à un syndrome

de Masters et Allen ;

- dans 2 cas sur 8, à des anomalies péritonéales de type rétraction, et association d'épaisseur et d'amincissement, soit 25 % des cas ;
- dans 5 cas sur 8, à des anomalies du cul-de-sac de Douglas, soit 62,5 %.

C)- LES LESIONS ASSOCIEES.

Dans 3 observations sur 36, soit 8,3 % des cas, on a pratiqué une annexectomie unilatérale. Pour une de ces malades, l'autre annexe restante était, par ailleurs, pathologique, car porteuse d'un hydrosalpinx.

Dans 4 cas sur 36, soit 11 % des cas, les ovaires sont prolapsés. Ce prolapsus ovarien est associé à :

- un varicocèle lombo-ovarien 3 fois sur 4, soit 75 % des cas ;

- une rétroversion utérine 4 fois sur 4, soit 100 % des cas ;

- à un Douglas profond ou à une hernie du Douglas 2 fois sur 4, soit 50 % des cas. Dans 1 cas sur 36, soit 2,7 % des cas, on note la présence de myome utérin.

o o

En conclusion, cette étude montre que les lésions macroscopiques du péritoine sont nombreuses et variées, rarement isolées et le plus souvent associées entre elles.

= Il existe un syndrome d'Allen et Masters dans plus de 40 % des cas.

Il est typique dans les trois-quarts des cas, avec déchirure nette du feuillet postérieur péritonéal.

Il n'est jamais isolé et s'accompagne :

- de rétroversion utérine et d'une coloration marbrée de l'utérus dans la moitié des cas ;
- de varicocèle et d'un Douglas anormal dans plus d'un tiers des cas ;
- de liquide intra-péritonéal et de ligaments utéro-sacrés faibles dans plus de 10 % des cas.

= Dans 25 % des cas, il existe des lésions de type adhérences, brides, rétractions, etc., associées :

- à une rétroversion utérine, dans plus de la moitié des cas ;
- à un varicocèle et à une anomalie du Douglas, dans plus de 40 % des cas ;
- à un utérus marbré dans plus d'un tiers des cas ;
- à des ligaments utéro-sacrés faibles et à du liquide intra-péritonéal, dans plus de 20 % des cas.

= Dans plus de 15 % des cas, les lésions portent sur la consistance du péritoine, qui est trop mince ou trop épais.

Elles s'accompagnent :

- d'une coloration marbrée de l'utérus dans les trois-quarts des cas ;
- d'une anomalie du Douglas dans la moitié des cas ;
- de liquide intra-péritonéal et d'une rétroversion utérine dans un tiers des cas ;
- d'un varicocèle et d'un syndrome de Masters et Allen dans plus de 15 % des cas.

= Dans 50 % des cas, un varicocèle est présent, rarement isolé, le plus souvent associé à :

- une rétroversion utérine, dans 50 % des cas ;
- à un utérus marbré, à un Douglas profond, à un

syndrome de Masters et Allen et à des ligaments utéro-sacrés faibles dans 30 % des cas ;

- à du liquide intra-péritonéal et à des lésions péritonéales de type adhérences, brides, et., dans plus de 20 % des cas.

= Dans plus de 40 % des cas, soit le cul-de-sac de Douglas est béant, soit il y a ébauche de hernie ou hernie vraie du Douglas.

Il est associé :

- dans plus de 50 % des cas, à une rétroversion utérine ;
 - à un syndrome de Masters et Allen et à un varicocèle dans 40 % des cas ;
 - à des ligaments utéro-sacrés faibles dans la moitié des cas ;
 - à des anomalies de la consistance du péritoine, dans plus d'un quart des cas.
-

- IV -

CORRELATIONS ENTRE LE SYNDROME CLINIQUE
ET LES DIFFERENTES LESIONS MACROSCOPIQUES PERITONEALES

Ce chapitre porte essentiellement sur l'étude du syndrome clinique face aux différents types de lésions rencontrées lors des douglasectomies et des coelioscopies. Il permettra de définir s'il existe une identité clinique entre les différents types de lésions péritonéales ou si, au contraire, à chaque type de lésion correspond un syndrome clinique particulier.

I- LA RETROVERSION UTERINE.

Les antécédents

- Obstétricaux : sont présents dans 81,8 % des cas (18 cas sur 22).

- Gynécologiques : sont présents dans 22,7 % des cas (5 cas sur 22).

Les antécédents gynécologiques sont moins fréquents en cas de rétroversion utérine (22,7 % au lieu de 33,3 %).

Etude clinique

Etude de la douleur

	Pelviennne	Abdomino-pelviennne	Secondaire à une F.C. ou à un accouchement	Par station debout par secousses, etc.
Rétroversion	81,8 %	13,6 %	50 %	68,1 %
Moyenne des malades	85,7 %	14,3 %	48,5 %	69,4 %

Etude de la dyspareunie

	Présence de la dyspareunie	Dyspareunie profonde	Dyspareunie primaire	Dyspareunie secondaire
Rétroversion	<u>95,4</u> %	72,7 %	15,3 %	84,6 %
Moyenne des malades	80,5 %	75,8 %	21,1 %	78,9 %

Les autres signes fonctionnels

	Lombalgies	Cruralgies	Dysménorrhées
Rétroversion	45,4 %	<u>9</u> %	<u>27,2</u> %
Moyenne des malades	50 %	19,4 %	41,1 %

L'examen clinique

	Douleur à la mobilisation de l'utérus	Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur	Douleur provoquée ## Douleur spontanée
Rétroversion	<u>27,2</u> %	<u>50</u> %	50 %
Moyenne des malades	45,4 %	39,3 %	44,4 %

Ces tableaux nous indiquent que les cruralgies, la dysménorrhée, la douleur lors de la mobilisation utérine sont plus rares, et la dyspareunie, la douleur au niveau du cul-de-sac postérieur plus fréquentes en cas de rétroversion utérine.

II - SYNDROME DE MASTERS ET ALLEN.

Les antécédents

- Obstétricaux : sont présents dans 87,5 % des cas (14 cas sur 16).

- Gynécologiques : sont présents dans 62,5 % des cas (10 cas sur 16).

Le pourcentage des antécédents gynécologiques est nettement plus élevé que celui de la moyenne des femmes présentant des lésions péritonéales (62,5 % au lieu de 33,3 %).

Etude de la douleur

	Abdomino-pelvienne	Pelvienne	Secondaire à une F.C. ou à un accouchement	↗ Par station debout, secousses, etc.
Syndrome de Masters et Allen	20 %	80 %	<u>60</u> %	73,3 %
Moyenne des malades	14,3 %	85,7 %	48,5 %	69,4 %

Etude de la dyspareunie

	Présence de la dyspareunie	Dyspareunie profonde	Dyspareunie primaire	Dyspareunie secondaire
Syndrome de Masters et Allen	<u>68,7</u> %	<u>100</u> %	18,1 %	81,9 %
Moyenne des malades	80,5 %	75,8 %	21,1 %	78,9 %

Etude des autres signes fonctionnels

	Lombalgies	Cruralgies	Dysménorrhée
Syndrome de Masters et Allen	<u>62,5</u> %	25 %	<u>31,2</u> %
Moyenne des malades	50 %	19,4 %	41,1 %

L'examen clinique

	Rétroversion de l'utérus	Douleur à la mobili- sation de l'utérus	Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur	Douleur pro- voquée == Douleur spon- tanée
Syndrome de Masters et Allen	62,5 %	<u>31,2</u> %	43,7 %	50 %
Moyenne des malades	66,6 %	45,4 %	39,3 %	44,4 %

Ces tableaux montrent que les douleurs secondaires à un avortement ou à un accouchement, la dyspareunie profonde, les lombalgies sont plus fréquentes que la dyspareunie ; la douleur à la mobilisation utérine, la dysménorrhée sont plus rares.

III - LES ANOMALIES DE CONSISTANCE DU PERITOINE.

Les antécédents

- Obstétricaux : existent dans 83,3 % des cas (5 cas sur 6).

- Gynécologiques : existent dans 83,3 % des cas (5 cas sur 6).

Les antécédents gynécologiques sont beaucoup plus fréquents ici (83,3 % au lieu de 33,3 %).

Etude de la douleur

	Pelvienne	Abdomino-pelvienne	Secondaire à une F.C. ou à un accouchement	✓ par station debout, secousses, etc.
Anomalies de consistance du péritoine	80 %	20 %	40 %	80 %
Moyenne des malades	85,7 %	14,3 %	48,5 %	69,4 %

Etude de la dyspareunie

	Présence de la dyspareunie	Dyspareunie profonde	Dyspareunie primaire	Dyspareunie secondaire
Anomalies de consistance du péritoine	<u>66,6</u> %	<u>25</u> %	<u>50</u> %	<u>50</u> %
Moyenne des malades	80,5 %	75,8 %	21,1 %	78,9 %

Etude des autres signes fonctionnels

	Lombalgies	Cruralgies	Dysménorrhée
Anomalies de consistance du péritoine	50 %	16,6 %	50 %
Moyenne des malades	50 %	19,4 %	41,1 %

L'examen clinique

	Rétroversion	Douleur à la mobilisation de l'utérus	Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur	Douleur provoquée == Douleur spontanée
Anomalies de consistance du péritoine	<u>16,6</u> %	50 %	<u>16,5</u> %	33,3 %
Moyenne des malades	66,6 %	45,4 %	39,3 %	44,4 %

La dyspareunie n'est présente que dans les deux-tiers des cas, n'est profonde et secondaire que dans un quart des cas. Parallèlement, on note une diminution de la fréquence des rétroversions et des douleurs au niveau du cul-de-sac postérieur du vagin.

IV - LES ANOMALIES PERITONEALES
A TYPE D'ADHÉRENCES, BRIDES, RETRACTIONS.

Les antécédents

- Obstétricaux : sont présents dans 88,8 % des cas (8 cas sur 9).

- Gynécologiques : sont présents dans 33,3 % des cas (3 cas sur 9).

Ces chiffres sont identiques à ceux établis pour la moyenne des malades.

Etude clinique

Etude de la douleur

	Pelvienne	Abdomino-pelvienne	Secondaire à F.C. ou à accouchement	↗ par station debout, secousses, etc.
Adhérences, brides, rétractions	<u>100</u> %	0	50 %	<u>50</u> %
Moyenne des malades	85,7 %	14,3 %	48,5 %	69,3 %

Etude de la dyspareunie

	Présence de la dyspareunie	Dyspareunie profonde	Dyspareunie primaire	Dyspareunie secondaire
Adhérences, brides, rétractions	88,8 %	66,6 %	20 %	80 %
Moyenne des malades	80,5 %	75,8 %	21,1 %	78,9 %

Etude des autres signes fonctionnels

	Lombalgies	Cruralgies	Dysménorrhée
Adhérences, brides, etc.	<u>22,2</u> %	22,2 %	<u>55,5</u> %
Moyenne des malades	50 %	19,4 %	41,1 %

L'examen clinique

	Rétroversion	Douleur à la mobilisation de l'utérus	Douleur au niveau du cul- de-sac postérieur	Douleur provoquée et Douleur spontanée
Adhérences, brides, etc.	<u>55,5</u> %	55,5 %	33,3 %	<u>33,3</u> %
Moyenne des malades	66,6 %	45,4 %	39,3 %	44,4 %

On note que la douleur est toujours pelvienne, qu'elle subit plus rarement l'influence des secousses et de la fatigue, que la dysménorrhée est plus fréquente ; mais, par contre, on voit une diminution des lombalgies, de la rétroversion utérine et des douleurs provoquées identiques à la douleur spontanée.

V - LE VARICOCELE.

Les antécédents

- Obstétricaux : sont présents dans 88,8 % des cas (16 cas sur 18).

- Gynécologiques : sont présents dans 22,2 % des cas (4 cas sur 18).

Les antécédents gynécologiques sont un peu inférieurs à ceux de la moyenne (22,2 % au lieu de 33,3 %).

L'étude clinique

Etude de la douleur

	Pelviennne	Abdomino-pelviennne	Secondaire à une F.C. ou à un accouchement	par station debout, secousses, etc.
Varicocèle	88,2 %	11,7 %	41,1 %	76,4 %
Moyenne des malades	85,7 %	14,3 %	48,5 %	69,4 %

Etude de la dyspareunie

	Présence de la dyspareunie	Dyspareunie profonde	Dyspareunie primaire	Dyspareunie secondaire
Varicocèle	77,7 %	78,5 %	10 %	90 %
Moyenne des malades	80,5 %	75,8 %	21,1 %	78,9 %

Etude des autres signes cliniques

	Lombalgies	Cruralgies	Dysménorrhée
Varicocèle	50 %	22,2 %	50 %
Moyenne des malades	50 %	19,4 %	41,1 %

L'examen clinique

	Rétroversion	Douleur à la mobilisation de l'utérus	Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur	Douleur provoquée et Douleur spontanée
Varicocèle	66,6 %	50 %	38,8 %	<u>27,7 %</u>
Moyenne des malades	66,6 %	45,4 %	39,3 %	44,4 %

Le tableau clinique du varicocèle est identique à celui de la moyenne des malades. Deux cas sont à souligner : la plus grande fréquence de la dyspareunie secondaire et, au contraire, une diminution de la douleur provoquée identique à la douleur spontanée.

VI - LES ANOMALIES DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS.

Les antécédents

- Obstétricaux : sont présents dans 80 % des cas (12 cas sur 15).

- Gynécologiques : sont présents dans 46,6 % des cas (7 cas sur 15).

On remarquera la plus grande fréquence des antécédents gynécologiques (46,6 % au lieu de 33,3 %).

Etude clinique

Etude de la douleur

	Pelvienne	Abdomino-pelvienne	Secondaire à une F.C. ou un accouchement	↗ par station debout, secousses, etc.
Anomalies du cul-de-sac de Douglas	92,8 %	7,2 %	42,8 %	71,4 %
Moyenne des malades	85,7 %	14,3 %	48,5 %	69,1 %

Etude de la dyspareunie

	Présence de la dyspareunie	Dyspareunie profonde	Dyspareunie primaire	Dyspareunie secondaire
Anomalies du cul-de-sac de Douglas	93,3 %	80 %	28,5 %	71,5 %
Moyenne des malades	80,5 %	75,8 %	21,1 %	78,9 %

Etude des autres signes fonctionnels

	Lombalgies	Cruralgies	Dysménorrhée
Anomalies du cul-de-sac de Douglas	53,3 %	20 %	53,3 %
Moyenne des malades	50 %	19,4 %	41,1 %

Examen clinique

	Rétroversion	Douleur à la mobilisation de l'utérus	Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur	Douleur provoquée ≠ Douleur spontanée
Anomalies du cul-de-sac de Douglas	60 %	36,6 %	33,3 %	53,3 %
Moyenne des malades	66,6 %	45,4 %	39,3 %	44,4 %

La dyspareunie et la dysménorrhée sont plus fréquentes dans les anomalies du cul-de-sac de Douglas.

VII - LESIONS DES LIGAMENTS UTERO-SACRES.

Les antécédents

- Obstétricaux : sont présents dans 75 % des cas (6 cas sur 8).

- Gynécologiques : sont présents dans 37,5 % des cas (3 cas sur 8).

Les pourcentages sont identiques à ceux de la moyenne des malades.

Etude clinique

Etude de la douleur

	Pelvienne	Abdomino-pelvienne	Secondaire à une F.C. ou à un accouchement	par station debout, secousses; etc.
Lésions des ligaments utéro-sacrés	<u>100</u> %	0	<u>12,5</u> %	87,5 %
Moyenne des malades	85,7 %	14,3 %	48,5 %	69,4 %

Etude de la dyspareunie

	Présence de la dyspareunie	Dyspareunie profonde	Dyspareunie primaire	Dyspareunie secondaire
Lésions des ligaments utéro-sacrés	87,5 %	85,7 %	0	<u>100</u> %
Moyenne des malades	80,5 %	75,8 %	21,1 %	78,9 %

Etude des autres signes fonctionnels

	Lombalgies	Cruralgies	Dysménorrhée
Lésions des ligaments utéro-sacrés	<u>62,5</u> %	12,5 %	50 %
Moyenne des malades	50 %	19,4 %	41,1 %

Examen clinique

	Rétroversion	Douleur à la mobilisation de l'utérus	Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur	Douleur provoquée ≠ Douleur spontanée
Lésions des ligaments utéro-sacrés	62,5 %	<u>25</u> %	<u>50</u> %	<u>62,5</u> %
Moyenne des malades	66,6 %	45,4 %	39,3 %	44,4 %

Les lésions des ligaments utéro-sacrés sont caractérisées par des douleurs uniquement pelviennes, accompagnées très fréquemment de lombalgies, rarement secondaires à un antécédent obstétrical précis, subissant nettement une influence par les secousses, la fatigue, etc... La dyspareunie est secondaire dans tous les cas. L'examen clinique nous permet de retrouver plus fréquemment une douleur au niveau du cul-de-sac postérieur, une douleur provoquée identique à la douleur spontanée et plus rarement une douleur à la mobilisation de l'utérus.

VIII - LE LIQUIDE INTRA-PERITONEAL.

Les antécédents

- Obstétricaux : sont présents dans 85,7 % des cas (6 cas sur 7).

- Gynécologiques : sont présents dans 42,8 % des cas (3 cas sur 7).

Ces chiffres sont semblables à ceux de la

moyenne des malades.

Etude clinique

Etude de la douleur

	Pelviennne	Abdomino-pelviennne	Secondaire à une F.C. ou à un accouchement	↑ par station debout, secousses, etc.
Liquide intra-péritonéal	85,7 %	14,3 %	42,8 %	<u>100</u> %
Moyenne des malades	85,7 %	14,3 %	48,5 %	69,4 %

Etude de la dyspareunie

	Présence de la dyspareunie	Dyspareunie profonde	Dyspareunie primaire	Dyspareunie secondaire
Liquide intra-péritonéal	<u>100</u> %	<u>100</u> %	<u>33,3</u> %	<u>66,6</u> %
Moyenne des malades	80,5 %	75,6 %	21,1 %	78,9 %

Etude des signes fonctionnels

	Lombalgies	Cruralgies	Dysménorrhée
Liquide intra-péritonéal	<u>85,7</u> %	<u>42,8</u> %	<u>85,7</u> %
Moyenne des malades	50 %	19,4 %	41,1 %

Examen clinique

	Rétroversion	Douleur à la mobilisation de l'utérus	Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur	Douleur provoquée et Douleur spontanée
Liquide intra-péritonéal	<u>85,7</u> %	<u>57,1</u> %	<u>57,1</u> %	42,8 %
Moyenne des malades	66,6 %	45,4 %	39,3 %	44,4 %

Ces différents tableaux nous permettent de constater que l'ensemble des signes cliniques est ici représenté au maximum, excepté le caractère secondaire de la dyspareunie qui est moins souvent retrouvé.

o o

De ces nombreux pourcentages, il ressort que la différence n'est pas grande, sur le plan clinique, entre les diverses lésions péritonéales qui sont, dans de nombreux cas, associées entre elles.

Cependant, chaque lésion présente des caractéristiques qu'on peut extraire d'un tableau clinique commun.

- En effet, la rétroversion utérine se caractérise par une dyspareunie et une douleur au niveau du cul-de-sac postérieur très fréquente.

- Le syndrome de Masters et Allen s'individualise par le caractère secondaire (à un avortement ou un accouchement) du syndrome douloureux pelvien, par la fréquence des lombalgies.

La dysménorrhée est nettement plus fréquente dans les cas d'adhérences, brides et rétractions.

Par contre, le tableau clinique du varicocèle est très proche, dans l'ensemble, de celui de la moyenne des malades.

La dyspareunie et la dysménorrhée sont souvent retrouvées dans les anomalies du cul-de-sac de Douglas.

Les lésions des ligaments utéro-sacrés sont caractérisées par des lombalgies et une nette influence de la fatigue et des secousses sur les douleurs pelviennes.

L'ensemble des signes cliniques est représenté au maximum, en cas de liquide intra-péritonéal.

- V -

DIFFERENCES
ENTRE LES LESIONS PERITONEALES ISOLEES
ET CELLES ASSOCIEES A UNE RETROVERSION UTERINE

12 malades sur 36 présentent des lésions péritonéales sans rétroversion utérine associée. 4 de ces malades ont été choisies parmi les 5 coelioscopies pratiquées pour algies pelviennes sans substratum clinique précis et présentant des lésions péritonéales.

Les lésions anatomiques constatées sont :

- 6 syndromes de Masters et Allen, associés dans 5 cas à d'autres anomalies du péritoine (varicocèle, Douglas profond) ;
- 1 cas avec des adhérences associées à un varicocèle ;
- 1 cas avec péritoine épaissi associé à un varicocèle ;
- 2 cas avec péritoine mince, associés, l'un à un Douglas profond, l'autre à des ligaments utéro-sacrés faibles ;
- 1 cas avec varicocèle isolé ;
- 1 cas avec une bride péritonéale.

Les antécédents

Obstétricaux

Lésions péritonéales isolées	Lésions associées à une rétroversion utérine
91,7 %	81,8 %

Gynécologiques

Lésions péritonéales isolées	Lésions associées à une rétroversion utérine
50 %	22,7 %

Etude clinique

Etude de la douleur

	Pelvienne	Abdomino-pelvienne	Secondaire à une F.C. ou à un accouchement	↑ par la station debout, les secousses
Lésions péritonéales isolées	91,7 %	8,3 %	41,6 %	75 %
Lésions péritonéales avec rétroversion utérine	81,8 %	13,6 %	50 %	68,1 %

Etude de la dyspareunie

	Présence de la dyspareunie	Dyspareunie profonde	Dyspareunie primaire	Dyspareunie secondaire
Lésions péritonéales isolées	<u>50</u> %	<u>50</u> %-	<u>50</u> %	<u>50</u> %
Lésions péritonéales avec rétroversion utérine	95,4 %	72,7 %	15,3 %	84,6 %

Les autres signes fonctionnels

	Lombalgies	Cruralgies	Dysménorrhée
Lésions péritonéales isolées	<u>58,3</u> %	<u>33,3</u> %	<u>58,3</u> %
Lésions péritonéales avec rétroversion utérine associée	45,4 %	9 %	27,2 %

L'examen clinique

	Douleur à la mobilisation utérine	Douleur au niveau du cul-de-sac postérieur	Douleur provoquée ≠ Douleur spontanée
Lésions péritonéales isolées	<u>66,6</u> %	<u>8,3</u> %	41,6 %
Lésions péritonéales avec rétroversion utérine	27,2 %	50 %	50 %

Ces comparaisons nous permettent de constater qu'en cas de lésions péritonéales non associées à une rétroversion utérine :

1)- Les antécédents gynécologiques sont plus fréquents ;

2)- La dyspareunie et la douleur au niveau du cul-de-sac postérieur ont les pourcentages les plus faibles ;

3)- La dysménorrhée, les lombalgies et les cruralgies ont une plus grande fréquence.

- VI -

THERAPEUTIQUE ET RESULTATS

La thérapeutique est avant tout chirurgicale. Il s'agit généralement de femmes qui souffrent depuis plusieurs années, ayant déjà eu des traitements médicaux variés, allant des antalgiques banaux aux inhibiteurs de l'ovulation, en passant par les traitements psychiatriques.

A)- RAPPEL DES DIFFERENTES TECHNIQUES CHIRURGICALES

Les différents procédés chirurgicaux ont longtemps consisté à pratiquer des hystéropexies, soit directes, soit indirectes, par l'intermédiaire des ligaments ronds.

1)- Les hystéropexies directes.

= Les unes sont antérieures, fixant le corps ou l'isthme à la paroi abdominale.

Les pexies corporeales ne sont pas compatibles avec une grossesse.

Les pexies isthmiques peuvent se compliquer d'une rétroflexion récidivant au-dessus du point de fixation, d'occlusion entre les bandelettes due à l'étirement du péritoine au niveau des points de fixation, d'un allongement hypertrophique du col, d'une ouverture du Douglas.

= Les autres sont postérieures et fixent l'isthme au disque lombo-sacré (Procédé d'AMELINE et HUGUIER).

Il y a un risque d'ostéite et de déchirure isthmique.

2)- Les hystéropexies indirectes

se font par l'intermédiaire des ligaments ronds ou du péritoine pelvien.

= Le procédé de DARTIGUES consiste à fixer les deux ligaments ronds à la face postérieure de l'utérus. Les principales complications de ce procédé sont la nécrose des ligaments ronds ou la récurrence de rétroflexion si la sangle est fixée trop bas.

= Le procédé de DOLERIS fait passer les deux ligaments à travers le péritoine pariétal, les muscles, l'aponévrose, pour terminer par une suture à la gaine des droits.

Il existe un risque d'occlusion par engagement d'une anse dans la fossette médiane située entre l'utérus et la paroi.

= Le procédé de PELLANDA POLOSSON consiste à faire passer les ligaments près de l'arcade crurale en dehors des grands droits, à travers le péritoine, puis à les fixer à l'aponévrose. Ce procédé pallie au risque d'occlusion.

= Le procédé de MOCQUOT consiste à sectionner chacun des ligaments en son milieu, puis à adosser les deux segments de façon à raccourcir de moitié leur longueur intra-pelvienne.

Il existe un risque de récurrence, car ces formations étirées et affaiblies n'ont qu'une valeur de suspension discutable.

= Le procédé de PESTALOZZA consiste à fixer le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin à la partie postérieure du fond utérin.

Ce lambeau peut gêner le développement utérin au cours d'une grossesse, ou peut permettre la récurrence en cas de fragilité.

3)- Les autres moyens.

= L'oblitération du cul-de-sac de Douglas par bourses successives (MARION). Il existe un risque de récurrence, d'occlusion, de formation de faux kystes.

Aucune des interventions précédentes ne vise à traiter les lésions apparentes ou non de la face postérieure du ligament large.

= En 1955, MASTERS et ALLEN pratiquent une simple suture en deux plans du péritoine et du fascia qui suffirait, d'après ces auteurs, à rétablir une bonne statique pelvienne.

= En 1958, LOFFREDO, VARANGOT et CHARTIER, en plus de la suture de la brèche, préconisent, en cas de péritoine intact du côté opposé, son incision, sa suture et celle du fascia sous-jacent. Par ailleurs, en cas de rétroversion associée, ces auteurs pratiquent une ligamentopexie ou un cloisonnement du Douglas avec plicature des utéro-sacrés.

= En 1964, PISSANCIEL, dans sa thèse, associe plusieurs gestes :

- le surfilage des ligaments utéro-sacrés,
- la réparation de la brèche du ligament large,
- le cloisonnement du Douglas,
- la plicature des ligaments ronds.

= En 1962, JAMAIN et LETESSIER proposent une technique visant à réséquer le péritoine pelvien en associant une suture des ligaments utéro-sacrés : la Douglasséctomie. Ce procédé fut employé ici chez

30 malades sur 31 opérées.

Nous rappellerons brièvement la technique opératoire.

Après incision médiane sous-ombilicale ou arciforme sus-pubienne, on pratique une incision péritonéale qui débute dans la fosse latéro-rectale en regard du sinus sacro-iliaque. On poursuit cette incision le long de la paroi pelvienne, au-dessous des annexes, puis à la face postérieure des ligaments larges, et enfin on rejoint au niveau de l'isthme cellé du côté opposé.

Le décollement est amorcé au niveau de l'isthme, puis est poursuivi au niveau du cul-de-sac de Douglas, et enfin se termine à la face antérieure du rectum pour atteindre le niveau de la section latérale initiale. On résèque le lambeau. La suture est commencée par un point médian séro-musculaire pour rapprocher la face antérieure du rectum et la face postérieure de l'utérus. Puis, on termine la suture des deux feuillets péritonéaux, depuis le sinus sacro-iliaque jusqu'à la ligne médiane.

Après l'intervention, l'utérus est redressé et perd sa coloration marbrée ; en cas de rétroversion, les veines ont perdu leur aspect variqueux. Les différentes lésions du feuillet postérieur du ligament large ont été corrigées. Le vide rétro-utérin est supprimé : l'utérus et ses annexes reposent sur un plancher solide.

Dans un cas, on a utilisé la technique d'exclusion du Douglas selon le procédé de THOYER-ROZAT, dont nous rappellerons les modalités. L'incision cutanée se fait par médiane sous-ombilicale ou par incision de Pfannenstiel. On pratique une incision péritonéale en débutant au niveau du sinus sacro-iliaque droit, et on se dirige de proche en proche vers le bord supérieur du ligament utéro-sacré droit.

Le feuillet supérieur péritonéal est décollé

sur 1 ou 2 cm et on prolonge vers la ligne médiane en direction du rectum. On pratique de même du côté gauche.

La suture péritonéale se dirige des parties latérales vers la ligne médiane.

On fixe la charnière recto-sigmoïdienne à la face postérieure de l'isthme utérin.

Le cul-de-sac sous-jacent est abandonné.

En fin d'intervention, l'utérus est redressé, garde sa mobilité et vient reposer avec les annexes sur un plancher pelvien solide.

B)- LES RESULTATS.

Sur 31 malades opérées, 24 ont été revues. Nous étudierons successivement les résultats en fonction du syndrome clinique et en fonction des lésions rencontrées.

I- Les résultats en fonction du syndrome clinique.

a)- Le syndrome douloureux/

Le syndrome douloureux pelvien, qui était présent chez 20 de ces femmes, avant l'intervention :

- a disparu complètement après l'intervention, dans 11 cas sur 20, soit 55 % des cas ;

- a été atténué dans 5 cas sur 20, soit 25 % des cas ;

- est resté identique dans 4 cas sur 20, soit 20 % des cas (on notera que, dans un de ces cas, le caractère provoqué par les secousses de ces douleurs a disparu après l'intervention).

Le syndrome douloureux abdomino-pelvien, qui était présent dans 4 cas sur 20 :

- a disparu totalement dans 2 cas sur 4, soit 50 % des cas ;

- a été amélioré nettement dans 2 cas sur 4, soit 50 % des cas.

Au total, on peut conclure :

- que, dans 54,1 % des cas, on obtient une disparition totale des douleurs ;

- que, dans 29,1 % des cas, il y a une nette amélioration par l'intervention ;

- que, dans 16,6 % des cas, l'intervention est un échec.

b)- La dyspareunie.

Etait présente chez 22 femmes. 19 d'entre elles ont été interrogées à ce sujet.

- La dyspareunie a disparu totalement dans 10 cas sur 19, soit 52,6 % des cas.

- On note une amélioration 7 fois sur 19, soit 36,8 % des cas.

- Elle est identique dans 2 cas sur 19, soit 10,5 % des cas.

c)- Les lombalgies

étaient présentes chez 16 de ces femmes.

- Elles ont complètement disparu dans 9 cas sur 16, soit 56,2 % des cas.

- Elles ont été améliorées dans 3 cas sur 16, soit 18,7 % des cas.

- Elles sont restées identiques dans 4 cas sur 16, soit 25 % des cas.

d)- La constipation

était présente chez 11 de ces malades.

- Elle a disparu dans 2 cas sur 11, soit 18,1 % des cas.

- Elle a été améliorée dans 1 cas sur 11, soit 9 % des cas.

- Elle reste identique 8 fois sur 11, soit 72,7 % des cas.

e)- Les troubles urinaires

étaient présents chez 8 de ces malades.

- Ils ont disparu totalement dans 3 cas sur 8, soit 37,5 % des cas.

- Ils sont identiques dans 5 cas sur 8, soit 62,5 % des cas.

f)- Le poids

On note une reprise de poids après l'intervention dans 8 cas sur 12 précisés, soit 66,6 % des cas.

g)- L'asthénie

était présente chez 17 de ces malades.

- Elle a disparu totalement dans 5 cas sur 15 précisés, soit 33,3 % des cas.

- Elle a persisté identique dans 10 cas sur 15, soit 66,6 % des cas.

II- Les résultats en fonction des lésions rencontrées.

Nous étudierons, dans ce chapitre, les résultats des principaux signes fonctionnels en fonction de chaque lésion rencontrée.

a)- La rétroversion utérine.

Parmi les 21 femmes opérées qui présentaient une rétroversion utérine associée à d'autres lésions, 17 ont été revues.

= Un syndrome douloureux pelvien ou abdomino-pelvien, qui était toujours présent avant l'intervention :

- a disparu dans 10 cas sur 17, soit 58,8 % des cas ;
- a nettement diminué dans 4 cas sur 17, soit 23,5 % des cas ;
- est identique dans 3 cas sur 17, soit 17,60 % des cas.

= La dyspareunie, qui était toujours présente avant l'intervention :

- a disparu dans 8 cas sur 14 précisés, soit 57,1% des cas ;
- a diminué dans 4 cas sur 14 précisés, soit 28,5% des cas ;
- est identique dans 2 cas sur 14 précisés, soit 14,2 % des cas.

= Les lombalgies, qui étaient présentes dans 9 cas sur les 17 malades revues après l'intervention :

- ont disparu dans 5 cas sur 9, soit 55,5 % des cas ;
- ont diminué dans 1 cas sur 9, soit 11,1 % des cas ;
- sont identiques dans 3 cas sur 9, soit 33,3 % des cas.

b)- Le syndrome de Masters et Allen.

12 femmes sur 15 opérées, qui présentaient un syndrome de Masters et Allen, ont été revues.

= Les douleurs pelviennes ou abdomino-pelviennes, qui étaient présentes dans ces 12 cas :

- ont disparu 8 fois sur 12, soit dans 66,6 % des cas ;
- ont été nettement améliorées dans 3 cas sur 12, soit 25 % des cas ;
- sont restées identiques dans 1 cas sur 12, soit 8,3 % des cas.

= La dyspareunie, qui était présente dans 11 cas :

- a disparu 4 fois sur 10 cas précisés, soit 40 % des cas ;
- a été améliorée 5 fois sur 10 cas précisés, soit 50 % des cas ;
- est restée identique dans 1 cas sur 10, soit 10% des cas.

= Les lombalgies, qui étaient présentes dans 10 cas :

- ont disparu 7 fois sur 10, soit 70 % des cas ;
- ont été améliorées 1 fois sur 10, soit 10 % des cas ;
- sont restées identiques 2 fois sur 10, soit 20 % des cas.

c)- Anomalies de consistance du péritoine.

3 femmes sur 5 opérées, qui présentaient une anomalie de consistance du péritoine, ont été revues.

= Les douleurs pelviennes ou abdomino-pelviennes, qui étaient présentes dans ces 3 cas :

- ont été améliorées dans 1 cas sur 3, soit 33,3 % des cas ;
- sont restées identiques dans 2 cas sur 3, soit 66,6 % des cas.

= La dyspareunie, qui était présente dans 2 cas :

- a disparu dans 1 cas sur 2, soit 50 % des cas ;
- est restée identique dans 1 cas sur 2, soit 50 % des cas.

= Les lombalgies, qui étaient présentes dans 2 cas :

- ont disparu dans 1 cas sur 2, soit 50 % des cas ;
- sont restées identiques dans 1 cas sur 2, soit 50 % des cas.

d)- Les anomalies à type d'adhérences, brides, rétractions.

6 femmes sur 8 opérées qui présentaient des adhérences, des formations membraneuses ou des rétractions péritonéales ont été revues.

= Les douleurs pelviennes ou abdomino-pelviennes, qui étaient présentes dans ces cas :

- ont disparu dans 3 cas sur 6, soit 50 % des cas ;
- ont été améliorées, dans 2 cas sur 6, soit 33,3 % des cas ;
- sont restées identiques dans 1 cas sur 6, soit 16,6 % des cas.

= La dyspareunie, qui était présente dans ces 6 cas :

- a disparu dans 3 cas sur 5 précisés, soit 60 % des cas ;
- a diminué dans 2 cas sur 5 précisés, soit 40 % des cas.

= Les lombalgies, qui étaient présentes dans 2 cas :

- ont diminué dans 1 cas sur 2, soit 50 % des cas ;
- sont identiques dans 1 cas sur 2, soit 50 % des cas.

e)- Les anomalies du cul-de-sac de Douglas.

12 femmes, sur 15 opérées qui présentaient une anomalie du cul-de-sac de Douglas, ont été revues.

= Le syndrome douloureux, qui était présent dans tous les cas :

- a disparu dans 7 cas sur 12, soit 58,3 % des cas ;
- a diminué dans 3 cas sur 12, soit 25 % des cas ;
- est resté identique dans 2 cas sur 12, soit 16,6 % des cas.

= La dyspareunie, qui était présente dans 11 cas :

- a disparu dans 5 cas sur 9 précisés, soit 55,5 % des cas ;
- a diminué dans 2 cas sur 9 précisés, soit 22,2 % des cas ;
- est restée identique dans 2 cas sur 9 précisés, soit 22,2 % des cas.

= Les lombalgies, qui étaient présentes dans 7 cas :

- ont disparu dans 5 cas sur 7, soit 71,4 % des cas ;
- ont diminué dans 1 cas sur 7, soit 14,2 % des cas ;
- sont restées identiques dans 1 cas sur 7, soit 14,2 % des cas.

f)- Le varicocèle.

11 femmes, sur 15 opérées qui présentaient un varicocèle, ont été revues.

= Le syndrome douloureux pelvien ou abdomino-pelvien, qui était présent dans tous les cas :

- a disparu dans 6 cas sur 11, soit 54,5 % des cas ;

- a diminué dans 4 cas sur 11, soit 36,3 % des cas ;
- est resté identique dans 1 cas sur 11, soit 9 % des cas.

= La dyspareunie, qui était présente dans 10 cas sur 11,

- a disparu dans 4 cas sur 8 précisés, soit 50 % des cas ;
- était moins importante dans 4 cas sur 8, soit 50 % des cas.

= Les lombalgies, qui étaient présentes dans 9 cas sur 11 :

- ont disparu dans 4 cas sur 9, soit 44,4 % des cas ;
- ont diminué dans 3 cas sur 9, soit 33,3 % des cas ;
- sont restées identiques dans 2 cas sur 9, soit 22,2 % des cas.

g)- Présence de liquide intra-péritonéal
ou de gelée.

7 femmes, sur 8 opérées qui présentaient du liquide intra-péritonéal assez abondant ou une gelée, ont été revues.

= Le syndrome douloureux pelvien et abdomino-pelvien, qui était présent dans ces 7 cas :

- a disparu dans 3 cas sur 7, soit 42,8 % des cas ;
- a été amélioré dans 2 cas sur 7, soit 28,5 % des cas ;
- est resté identique dans 2 cas sur 7, soit 28,5 % des cas.

= La dyspareunie, qui était présente dans ces 7 cas :

- a disparu dans 2 cas sur 6 précisés, soit 33,3 % des cas ;

- a été améliorée dans 4 cas sur 6 précisés, soit 66,6 % des cas.

= Les lombalgies, qui étaient présentes chez 6 femmes sur 7 opérées :

- ont disparu dans 2 cas sur 6, soit 33,3 % des cas ;
- ont été améliorées dans 2 cas sur 6, soit 33,3 % des cas ;
- sont restées identiques dans 2 cas sur 6, soit 33,3 % des cas.

h)- Les ligaments utéro-sacrés.

7 femmes, sur 7 qui présentaient des ligaments utéro-sacrés faibles ou étirés, ont été revues.

= Le syndrome douloureux pelvien et abdomino-pelvien, qui était présent dans ces 7 cas :

- a disparu dans 5 cas sur 7, soit 71,4 % des cas ;
- a été amélioré dans 1 cas sur 7, soit 14,2 % des cas ;
- est resté identique dans 1 cas sur 7, soit 14,2 % des cas.

= La dyspareunie, qui était présente dans 7 cas :

- a disparu dans 3 cas sur 5 précisés, soit 60 % des cas ;
- a été améliorée dans 1 cas sur 5, soit 20 % des cas ;
- est restée identique dans 1 cas sur 5, soit 20 % des cas.

= Les lombalgies, qui étaient présentes dans 4 cas sur 7 opérées :

- ont disparu dans 3 cas sur 4, soit 75 % des cas ;
- ont été améliorées dans 1 cas sur 4, soit 25 % des cas.

1)- Les lésions péritonéales
sans rétroversion utérine associée.

6 femmes sur 8 opérées ont été revues.

= Le syndrome douloureux pelvien ou abdomino-pelvien, qui était présent dans ces 6 cas :

- a disparu dans 3 cas sur 6, soit 50 % des cas ;
- a été amélioré dans 2 cas sur 6, soit 33,3 % des cas ;
- est resté identique dans 1 cas sur 6, soit 16,6 % des cas.

= La dyspareunie, qui était présente dans 4 cas sur les 6 malades revues :

- a disparu dans 2 cas sur 4, soit 50 % des cas ;
- a été améliorée dans 2 cas sur 4, soit 50 % des cas.

= Les lombalgies, qui étaient présentes dans ces 6 cas :

- ont disparu dans 4 cas sur 6, soit 66,6 % des cas ;
- ont été améliorées dans 1 cas sur 6, soit 16,6 % des cas ;
- sont restées identiques dans 1 cas sur 6, soit 16,6 % des cas.

Au total, on voit que les résultats moyens sont bons dans plus de 80 % des cas pour les douleurs abdomino-pelviennes et pour la dyspareunie, dans plus de 75 % des cas pour les lombalgies.

Par contre, la constipation, les troubles urinaires, l'asthénie sont peu améliorés.

Il existe une reprise de poids dans plus de 65 % des cas.

Les résultats établis en fonction de chaque lésion ne sont pas très différents entre eux, comme le montre le tableau suivant, sauf pour les anomalies de consistance du péritoine où ils sont dans l'ensemble moins bons.

Il est à remarquer que l'existence ou non d'une rétroversion utérine associée n'a aucune influence sur les résultats qui sont bons dans les 2 cas.

	Douleurs	Dyspareunie	Lombalgies
Rétroversion	82,3 %	85,6 %	66,6 %
Lésions péritonéales sans rétroversion associée	82,3 %	100 %	83,2 %
Anomalies de consistance du péritoine	33,3 %	50 %	50 %
Adhérences, brides, rétractions	83,3 %	100 %	50 %
Présence de liquide intra-péritonéal ou de gelée	71,3 %	100 %	66,6 %
Ligaments utéro-sacrés faibles	85,6 %	80 %	100 %
Cul-de-sac de Douglas béant ou ébauche de hernie	83,3 %	77,7 %	85,6 %
Varicocèle	90,8 %	100 %	77,7 %
Syndrome de Masters et Allen	91,6 %	90 %	80 %

N.B.- Ces pourcentages associent la disparition complète des signes fonctionnels et leur diminution après l'intervention.

- VII -

LES OBSERVATIONS

A) - LES DOUGLASSECTOMIES

OBSERVATION N° 1

Madame G... H., âgée de 31 ans, vient consulter en Décembre 1967, pour :

- des douleurs pelviennes à prédominance droite, survenues à l'âge de 21 ans, permanentes, avec une augmentation 10 jours avant les règles, dont l'intensité n'est pas influencée par les secousses;

- une dyspareunie primaire ;
- pas de troubles urinaires ;
- pas de constipation.

On note, à l'interrogatoire, une anxiété.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 12 ans. Les cycles sont réguliers de 28 jours, avec règles d'abondance et de durée normales.

En Mars 1967, annexectomie droite, pratiquée pour douleurs pelviennes droites (à la laparotomie, on découvre une annexe droite très inflammatoire, avec un utérus augmenté de volume et déformé par de nombreux myomes).

- Obstétricaux : Pas d'enfant. Pas de fausse-couche.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux :

- . Appendicectomie à l'âge de 5 ans.
- . Annexectomie droite en 1967.

Examen clinique : Au toucher vaginal, utérus rétroversé avec douleur provoquée dans le cul-de-sac postérieur identique à la douleur spontanée.

Examen complémentaire :

- Culdoscopie en Décembre 1967.

- L'utérus est sensiblement normal. L'annexe

gauche est saine, mais prolabée dans le Douglas.
A droite : RAS.

Intervention le 31-1-1968 : Douglasséctomie.
Médiane sous-ombilicale. L'utérus est effondré dans le fond du Douglas. Il est gros et présente plusieurs myomes, dont le plus important siège en arrière sur le fond. On redresse l'utérus.

Il existe un syndrome de Masters et Allen typique.

L'annexe droite est absente.

L'annexe gauche est normale. On pratique par ailleurs une myomectomie.

L'examen histologique du péritoine est pratiqué et montre des fragments cellulo-graisseux avec infiltrats inflammatoires et réaction fibreuse assez dense à la périphérie.

Résultats :

- Immédiats : Petite infection urinaire ayant rapidement régressé sous traitement.

- Lointains : La malade n'a plus donné de nouvelles.

°
° °

OBSERVATION N° 2

Madame B... M., âgée de 30 ans, vient consulter le 7-8-1967, pour :

- des douleurs pelviennes diffuses, augmentées en position debout, à la fatigue, aux secousses, accompagnées de :

- dyspareunie,
- altération de l'état général.

Plusieurs traitements médicaux furent essayés sans succès pendant plusieurs mois.

Antécédents :

- Gynécologiques : Cycle régulier de 26-27 jours. Durée des règles : 4 jours. Dysménorrhée des premiers jours.

- Obstétricaux :

- . 1963 : Premier accouchement.
- . 1965 : Fausse couche provoquée, suivie de curetage.
- . 1966 : Deuxième accouchement, suivi de délivrance artificielle.

- Chirurgicaux : RAS.

- Médicaux : RAS.

Examen clinique : Au toucher vaginal, on note un utérus augmenté de volume, rétroversé, douloureux en arrière sur le fond. Le cul-de-sac gauche est sensible, tendu, avec une masse perçue à bout de doigt.

Intervention chirurgicale : Douglasséctomie le 15-3-1968.

Incision arciforme sus-pubienne.

Utérus complètement basculé en arrière et ovaires prolabés au fond du Douglas.

Gros varicocèle lombo-ovarien. Pas de liquide. Pas de syndrome de Masters et Allen. Le péritoine ne se déchire pas.

Les ligaments utéro-sacrés sont faibles.

Amorce de hernie du Douglas.

Technique habituelle.

Résultats :

Immédiats : bons.

- Lointains : En 1972, après une fausse couche spontanée en 1970, et une autre provoquée en 1971, la malade revient consulter pour des métrorragies d'origine fonctionnelle. Il n'y a plus de douleurs pelviennes spontanées. Le toucher vaginal montre un utérus en position intermédiaire.

OBSERVATION N° 3

Madame R..., âgée de 33 ans, vient consulter en 1968 pour :

- douleurs pelviennes depuis 1967, permanentes, survenant n'importe quand, à prédominance droite, augmentées à la fatigue, la station debout, les secousses, diminuant au repos, accompagnées :
- de lombalgies, évoluant sur le même rythme ;
- de dyspareunie secondaire, permanente, plus importante au moment de la pénétration maxima ;
- de constipation ;
- de pollakiurie ;
- d'asthénie et d'amaigrissement.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 13 ans, cycle régulier de 28 jours, de durée et d'abondance normales. Syndrome prémenstruel.

- Obstétricaux :

• En Novembre 1960, annexectomie gauche pour grossesse extra-utérine.

• En Décembre 1961, accouchement normal à terme d'un enfant de 3,100 kg.

• En 1965, fausse-couche spontanée sans curetage.

- Médicaux : 0.

- Chirurgicaux : Annexectomie gauche en 1960.

A l'examen clinique : Le toucher vaginal montre un utérus rétroversé avec une douleur au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur identique à la douleur spontanée et à celle ressentie lors des secousses.

Intervention chirurgicale en Mars 1968 : Dou-
glasséctomie. Médiane sous-ombilicale.

Il n'y a pas d'adhérences. L'utérus est effondré et rétroversé dans le fond du Douglas qui est béant. On note un varicocèle modéré au niveau des pédicules lombo-ovariens. Il n'y a pas d'annexe gauche. L'annexe droite est normale. On redresse l'utérus. Le péritoine de la face postérieure des ligaments larges est aminci, donnant un aspect usé. Il existe 20 cc de sérosité dans le Douglas. Les ligaments utéro-sacrés sont étirés, inconsistants. On note l'existence d'un volumineux pédicule veineux utérin jusqu'au niveau du croisement urétéral et des veines pelviennes dilatées à la face postérieure de l'isthme.

Résultats :

- Immédiats : infection urinaire ayant régressé sous traitement.

- Lointains, en 1974 :

. Malgré une fausse-couche en 1970, curetée, on note une disparition des douleurs pelviennes et des lombalgies, avec persistance d'un syndrome prémenstruel ; une disparition presque totale de la dyspareunie.

. Par contre, la constipation persiste et la pollakiurie se manifeste principalement avant les règles.

. On note une reprise de poids après l'intervention et une persistance de l'asthénie.

. L'utérus est en position intermédiaire.

°
° °

OBSERVATION N° 4

Madame C..., âgée de 35 ans, vient consulter en Novembre 1968, pour :

- des douleurs pelviennes droites depuis 1958,

localisées à la fosse iliaque droite, augmentées par les secousses, la fatigue, accompagnées de dyspareunie profonde.

Antécédents

- Gynécologiques :

. Premières règles à l'âge de 11 ans. Cycle régulier de 28 jours, avec règles d'abondance et de durée normales.

. On note la présence d'un syndrome inter-menstruel.

. En 1968, curetage biopsique pour un polype muqueux de l'utérus.

- Obstétricaux :

. 1956 : accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg.300.

. 1964 : accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg.200.

. Pas de fausse-couche.

- Médicaux : Cystite à répétition.

- Chirurgicaux : Appendicectomie en 1954.

Examen clinique :

- L'utérus est indolore au toucher vaginal.

- On note une douleur provoquée à la palpation de la fosse iliaque droite.

Intervention chirurgicale en 1969 : Douglas-sectomie.

Médiane sous-ombilicale. L'utérus est marbré, ptosé. Les ovaires sont normaux. Le cul-de-sac de Douglas est très profond, avec amorce de hernie. A la dissection, le péritoine est friable par endroits, très épaissi à d'autres. Les ligaments utéro-sacrés sont très fragiles. Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : RAS.

- Lointains : Quatre mois après l'intervention :

. Sur le plan fonctionnel, la dyspareunie persiste, ainsi que la douleur de la fosse iliaque droite, avec augmentation par les secousses.

. Le toucher vaginal montre un utérus en position satisfaisante.

. La malade n'a pas été revue depuis cette date.

o

o o

OBSERVATION N° 5

Madame T... Danielle, âgée de 23 ans, vient consulter en Janvier 1969, pour :

- des douleurs pelviennes importantes depuis 1965, accompagnées de :
- dyspareunie profonde,
- leucorrhée.

Antécédents :

Gynécologiques :

- . Premières règles à 14 ans. Cycle régulier avec règles de durée et d'abondance normales.
- . En 1965 et 1966, gonococcie.

- Obstétricaux : Accouchement normal à terme d'un enfant de 4 kg en 1968.

- Médicaux : O.

- Chirurgicaux : C.

Examen clinique :

- Le toucher vaginal montre une rétroversion utérine douloureuse avec douleur au niveau du cul-de-sac postérieur et à la pression du col identique à la douleur spontanée. Le cul-de-sac latéral

gauche est sensible et on perçoit l'ovaire gauche.

Intervention chirurgicale le 11-3-1969 par
Douglasséctomie.

Médiane sous-ombilicale.

L'utérus est complètement prolabé dans le
Douglas, de coloration marbrée.

Il existe de nombreuses varicosités à la face
postérieure du ligament large, mais pas de syndrome
de Masters et Allen vrai. Les annexes sont saines.
Le Douglas est profond, avec ébauche d'élytrocèle.

En fin d'intervention, l'utérus est en bonne
position et de coloration normale.

Résultats :

- Immédiats : Sans complications.

- Résultats lointains : Six mois après l'in-
tervention, la dyspareunie persiste, mais les dou-
leurs pelviennes spontanées ont disparu.

Le toucher vaginal montre un cul-de-sac pos-
térieur indolore et un col indolore à la pression.

°
° °

OBSERVATION N° 6

Madame S... J., âgée de 29 ans, vient
consulter en 1969, pour :

- des douleurs pelviennes survenues en 1959,
après un accouchement, prédominantes à droite, dif-
fusant à l'abdomen, à type de pesanteur, avec cri-
ses paroxystiques survenant principalement au mo-
ment des règles, augmentant lors de la fatigue,
lors des secousses, accompagnées de :

- lombalgies, évoluant sur le même rythme ;
- cruralgies ;
- dyspareunie profonde, primaire, permanente,
plus importante lors de la pénétration maxima ;
- constipation ;
- pollakiurie et dysurie ;
- asthénie.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 16 ans 1/2. Cycle irrégulier de 15 à 45 jours, avec règles durant 10 à 15 jours. Dysménorrhée.

- Obstétricaux :

. En 1959 : Accouchement à terme avec forceps d'un enfant de 3 kg.9.

. En 1961 : Accouchement d'un enfant de 4 kg.100 avec circulaire du cordon.

. En 1965 : Accouchement d'un enfant de 4 kg.200.

. En 1966 : Fausse-couche spontanée de jumeaux à 4 mois 1/2, suivie de curetage.

- Médicaux : Colibacillose en 1959. Hépatite virale en 1968.

- Chirurgicaux : 0.

Examen clinique :

- Le toucher vaginal montre un utérus augmenté de volume avec un col très douloureux à la mobilisation : douleur identique à la douleur spontanée et à la dyspareunie.

Intervention chirurgicale le 21-3-1969, pour Douglassotomie.

Médiane sous-ombilicale.

Gros utérus en position intermédiaire et marbré. Les annexes sont saines.

Le Douglas est profond avec une ébauché de hernie.

On note un syndrome de Masters et Allen net, typique, important.

Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : simples, sans complication.

- Lointains, en 1973. La malade ne présente plus aucune douleur pelvienne, ni aucune lombalgie.

La dyspareunie n'a pas complètement disparu, mais est moins importante.

On note une persistance de la constipation, des troubles urinaires, de l'asthénie.

La malade suit un traitement par inhibiteurs de l'ovulation.

o
o o

OBSERVATION N° 7

Madame D..., âgée de 37 ans, vient consulter en Mars 1969 pour :

- des douleurs pelviennes prédominantes à droite, survenues depuis son dernier accouchement en 1960, mais accentuées depuis 1968, accompagnées
- de dyspareunie.

A l'interrogatoire, on note qu'il s'agit d'une malade angoissée.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à l'âge de 12 ans, avec un cycle régulier de 28 jours. Syndrome prémenstruel.

- Obstétricaux :

- . En 1952 : Accouchement d'un enfant de 3 kg avec forceps.
- . En 1953 : Fausse-couche spontanée, curetée, à 2 mois 1/2.
- . En 1955 : Accouchement normal d'un enfant de 3 kg.
- . En 1957 : Accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg.200.
- . En 1960 : Accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg.200.
- . En 1962 : Fausse-couche provoquée, non curetée.

- Médicaux : Syndrome dépressif en 1968.

- Chirurgicaux : RAS.

Examen clinique :

- Le toucher vaginal montre un utérus rétro-versé. Il existe une douleur provoquée dans le cul-de-sac postérieur, identique à la dyspareunie et à la douleur spontanée.

- L'ovaire droit est douloureux.

Intervention en Mars 1969, par Douglasséctomie. Utérus légèrement augmenté de volume, rétro-versé, marbré. Le Douglas est profond, avec varicosités de la face postérieure du ligament large qui paraît friable, sans syndrome typique de Masters et Allen.

Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : sans complications.

- Lointains : 2 ans après son intervention, sur le plan fonctionnel, on note une amélioration nette du syndrome douloureux pelvien.

✓ Sur le plan local, l'utérus est en position intermédiaire indolore.

°
° °

OBSERVATION N° 8

Madame R... G., âgée de 37 ans, vient consulter en Mai 1969, pour :

- des douleurs pelviennes prédominantes à droite, augmentées à la fatigue et par les secousses, accompagnées de :

- dysménorrhée depuis la puberté ;
- dyspareunie profonde ;
- d'amaigrissement ;
- nervosité.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 10 ans. Cycle de 28 jours avec règles d'abondance et de durée normales. Dysménorrhée.

- Obstétricaux :

. En 1954 : Accouchement à 5 mois 1/2 d'un enfant viable, suivi de curetage pour rétention placentaire.

. En 1957 : Accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg.700.

- Médicaux : Colibacillose en 1968.

- Chirurgicaux :

. En 1945 : appendicectomie.

. En 1967 : adénofibrome du sein gauche opéré.

Examen clinique :

- Le toucher vaginal montre un utérus rétro-versé, douloureux lors de la mobilisation, avec un ovaire gauche prolabé et douloureux, et une douleur au niveau du cul-de-sac postérieur identique à la douleur spontanée et à la dyspareunie.

Intervention chirurgicale le 27-6-1969, par Douglasséctomie.

Médiane sous-ombilicale.

L'utérus est rétroversé. On trouve du sang dans le Douglas, un varicocèle ovarien. On note une rétraction des tissus latéro- et pré-rectaux gênant la dissection.

Les ligaments utéro-sacrés sont faibles. Les organes pelviens sont en bonne position en fin d'intervention.

Suites :

- Immédiates : Bonnes.

- Lointaines : En Avril 1970, l'utérus est en

position intermédiaire ; les culs-de-sac sont libres et indolores. Il n'y a plus de douleurs spontanées.

o
o o

OBSERVATION N° 9

Madame C... D., âgée de 27 ans, consultée en Mars 1969, pour :

- des douleurs abdomino-pelviennes, à prédominance droite, survenues en 1966, aggravées par un accouchement en 1967, violentes, survenant par crises, plus importantes en période prémenstruelle, augmentées par la fatigue, la station debout, les secousses, accompagnées, depuis la même date, de :

- lombalgies évoluant sur le même rythme ;
- dyspareunie profonde, plus importante au moment de la pénétration maxima, avec persistance d'un endolorissement pelvien après les rapports ;
- ténesme rectal ;
- pollakiurie ;
- une constipation en alternance avec de la diarrhée ;
- asthénie et amaigrissement de 5 kg en six mois.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 12 ans. Dysménorrhée. Le cycle est irrégulier, de 30 à 40 jours, d'abondance et de durée normales.

- Obstétricaux : En 1967, accouchement normal à terme.

- Chirurgicaux : Appendicectomie à l'âge de 18 ans.

- Médicaux : Primo-infection à l'âge de 18 ans.

Examen clinique :

- Le toucher vaginal montre un utérus rétro-versé.

Intervention chirurgicale le 26-3-1969 :

Douglassectomie par médiane sous-ombilicale. L'utérus est effondré dans le Douglas. Existence de varicosités à la face postérieure du ligament large qui est très amincie. Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : Bons, sans complications.

- Lointains : La malade a eu une grossesse avec accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg.200 après son intervention.

Sur le plan fonctionnel, les algies pelviennes, les lombalgies, le ténesme rectal, la dyspareunie, la pollakiurie ont actuellement complètement disparu, et l'asthénie, l'alternance de diarrhée et de constipation persistent. On note une reprise de poids de 3 kg après l'intervention.

o
c o

OBSERVATION N° 10

Madame G... L., âgée de 35 ans, vient consulter en Juin 1969, pour :

- des douleurs pelviennes, à prédominance droite, permanentes, à type de pesanteur, survenant principalement avant les règles, augmentées par la fatigue, les secousses, la station debout, apparues en 1967 et accompagnées de :

- sacralgies, lombalgies et cruralgies, apparues à la même date et évoluant sur le même rythme ;

- dyspareunie, depuis 1969, permanente, plus importante au moment de la pénétration maxima et laissant persister un endolorissement pelvien après

les rapports ;

- pollakiurie ;
- amaigrissement ;
- asthénie.

Antécédents :

- Gynécologiques : Réglée à l'âge de 14 ans, avec cycle irrégulier de 30 à 40 jours et règles assez abondantes durant 4 jours ; dysménorrhée.

- Obstétricaux : Aucun.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux : Appendicectomie en 1940.
Néphrectomie droite en 1964,
pour tuberculose rénale.

Examen clinique :

- Le toucher vaginal montre un utérus de forme irrégulière, mobile et très douloureux.

Une douleur est déclenchée à la pulsion du col vers le haut, identique à la dyspareunie et à la douleur spontanée.

Intervention chirurgicale le 1-7-1969, par Douglasséctomie.

Incision arciforme sus-pubienne. L'utérus est en position intermédiaire, très mobile, marbré, avec varicocèle des pédicules annexiels. Le cul-de-sac de Douglas est très profond et arrive au contact du sacrum. Syndrome de Masters et Allen. Il n'y a pas de hernie du Douglas. Les utéro-sacrés sont faibles.

Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : Pas de complications.

- Lointains : En 1973, les douleurs pelviennes, les lombalgies, la dyspareunie ont disparu, ainsi que les troubles urinaires et l'asthénie. Il n'y a pas eu de reprise de poids après l'inter-

vention.

- Au toucher vaginal, l'utérus est en bonne position, il n'y a pas de douleur provoquée.

°
° °

OBSERVATION N° 11

Madame G... A., âgée de 25 ans, vient consulter en Septembre 1969, pour :

- des douleurs pelviennes, survenues depuis 1963, permanentes, augmentées par la fatigue, la station debout, par l'effort, par les secousses, médianes, non rythmées par les règles, accompagnées de :
 - lombalgies survenues à la même date ;
 - cruralgies ;
 - dyspareunie primaire, profonde, plus importante lors de la pénétration maxima, avec persistance d'un endolorissement pelvien après les rapports ;
 - un amaigrissement de 7 kg en 3 ans ;
 - asthénie.

Antécédents :

- Gynécologiques : Réglée à 11 ans. Cycle régulier de 28 jours, d'abondance et de durée normales. Dysménorrhée.

- Obstétricaux : En 1969, accouchement normal à terme d'une fille.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux :

• En 1965 : appendicectomie,
herniovariectomie droite pour
kyste ovarien, avec cloisonnement du Douglas.

L'examen clinique montre, au toucher vaginal, un utérus petit en position intermédiaire. Le tou-

cher est très douloureux.

Intervention chirurgicale le 23-9-1969, par
Douglasséctomie.

Médiane sous-ombilicale.

Utérus marbré en bonne position, avec des varicocèles au niveau des annexes et un liquide rosé dans le péritoine.

De nombreuses adhérences traduisent l'intervention précédente. On découvre une poche entre le vagin et le rectum.

Technique habituelle.

En fin d'intervention, l'utérus est remonté de 7 à 8 cm, bien coloré ; les annexes ne sont plus prolabées ; il n'y a plus de varicocèle.

Les résultats :

- Immédiats : bons, sans complications.

- Lointains : en 1973, on note une amélioration des algies pelviennes, lombaires, et une amélioration de la dyspareunie.

On note une reprise de poids après l'intervention et la persistance de l'asthénie.

°
° °

OBSERVATION N° 12

Madame R... M. vient consulter, le 21
Mai 1970, pour :

- des douleurs abdomino-pelviennes à prédominance gauche, permanentes, augmentées à la fatigue et à la station debout, survenues après son premier accouchement en 1961.

Ces douleurs sont accompagnées de :

- dyspareunie, survenue en 1961 ;
- une asthénie importante ;
- un amaigrissement.

Différents traitements médicaux (Norluten, anti-spasmodiques) n'ont pas amélioré la malade.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à l'âge de 11 ans ; cycle régulier de 28 jours, avec durée et abondance des règles normales.

- Obstétricaux :

. En 1961 : accouchement d'un garçon de 2 kg.700, suivi d'une hémorragie de la délivrance.

. En 1966 : grossesse gémellaire avec avortement d'un enfant de sexe féminin au terme de 3 mois et accouchement à terme d'une fille qui décède 8 jours après.

. En 1967 : accouchement d'un garçon de 2 kg.700.

. En 1969 : avortement provoqué au terme de 4 mois, non suivi de curetage.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux : Appendicectomie en 1962.

Examen clinique :

- Au toucher vaginal, utérus rétroversé, sensible surtout à la mobilisation, avec douleur provoquée au niveau du cul-de-sac latéral gauche.

Intervention : Douglasssectomie en Novembre 1970.

Médiane sous-ombilicale.

Utérus rétroversé avec varices des ligaments larges. Les trompes et ovaires sont normaux.

Technique habituelle de la Douglasssectomie.

Résultats :

- Immédiats : Suites simples.

- Lointains : Malade non revue à la consultation.

OBSERVATION N° 13

Madame A... P., âgée de 32 ans, vient consulter en Juin 1970 pour :

- des douleurs pelviennes, médianes, intermittentes, pouvant être violentes, non rythmées par les règles, augmentées par les secousses (le simple fait de s'asseoir réveillait sa douleur), survenues en 1964 après un accouchement. Ces douleurs s'accompagnaient :

- de dyspareunie, depuis 1964, permanente, augmentée lors de la pénétration maxima ;

- d'un cycle menstruel irrégulier, variant de 15 jours à 35 jours, avec règles d'abondance et de durée normales.

Cette malade avait été traitée, médicalement, depuis 1964, sur le plan gynécologique, pour des vaginites, par des ovules, injections, etc.... L'interrogatoire fait ressortir un terrain névropathique chez cette malade.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 14 ans. Cycle irrégulier de 15 à 35 jours, avec règles d'abondance et de durée normales. --

- Obstétricaux : Accouchement normal à terme d'un garçon en 1963.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux : Appendicectomie en 1952.

Examen clinique

- Au toucher vaginal, on note une rétroversion utérine douloureuse, avec une douleur provoquée au niveau du cul-de-sac postérieur identique à la douleur spontanée.

Intervention chirurgicale : Douglassectomie.
On note un utérus basculé en arrière avec forte

irritation péritonéale traduite par des adhérences, kystes péritonéaux, formations membraneuses, l'inflammation péritonéale étant plus importante à gauche. Il n'y a pas de syndrome de Masters et Allen.

Résultats

- Immédiats : Excellents, sans complication, avec disparition de la douleur.

- Lointains : Quatre ans après l'intervention, sur le plan fonctionnel, les douleurs pelviennes ont été beaucoup améliorées, avec seulement persistance d'une douleur lors du passage en position assise, survenant quelques jours avant les règles et au moment de l'ovulation. La dyspareunie a disparu.

°
° °

OBSERVATION N° 14

Madame L... J., âgée de 28 ans, vient consulter en 1971, pour :

- des douleurs pelviennes gauches, survenues en 1967, après un avortement provoqué, accompagnées de :

- dyspareunie profonde, interdisant toute vie conjugale ;

- asthénie ;

- nervosité.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 13 ans ; cycle actuellement régulier de 30 jours, avec règles d'abondance et de durée normales ; dysménorrhée des deux premiers jours, depuis 1965 ; métrorragies fonctionnelles, ayant nécessité, en 1967, un curetage biopsique, suivi d'un traitement par inhibiteur de l'ovulation.

- Obstétricaux : 4 enfants nés à terme, âgés

actuellement de 6 ans, 5 ans, 21 mois, 5 mois.
2 avortements spontanés.
1 avortement provoqué en

Février 1967.

- Médicaux : RAS.
- Chirurgicaux : Appendicectomie en 1969.

A l'examen clinique, on note un utérus très mobile et douloureux à la mobilisation. Le cul-de-sac latéral gauche est douloureux.

Intervention chirurgicale en Octobre 1971.
Douglassectomie et ligature-résection des trompes.

Incision transversale sus-pubienne.

On trouve un utérus de coloration marbrée, très mobile, avec des annexes saines et des varicocèles peu accentués. Le Douglas est profond. Le péritoine est épaissi. Sa dissection est délicate, en raison de rétraction droite et gauche.

Technique habituelle de la douglassectomie.

Résection et ligature des trompes avec enfouissement de chaque extrémité de la trompe.

En fin d'intervention, utérus et annexes en bonne position, mobiles, bien colorés.

Résultats :

- Immédiats : bons, pas de complications.
- Lointains : La malade n'a pas été revue.

°
° °

OBSERVATION N° 15

Madame C... S..., âgée de 27 ans, vient consulter en 1971, pour :

- des douleurs pelviennes, non rythmées par les règles, évoluant par crises violentes, non augmentées par la fatigue, les secousses, à prédominance gauche, survenues en 1967 après une fausse-

couche, et accompagnées de :

- dyspareunie profonde, elle aussi secondaire à la fausse-couche, permanente, plus importante au moment de la pénétration maxima ;

- constipation ;

- asthénie ;

- stérilité.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 14 ans. Cycle régulier de 28 jours, avec règles d'abondance et de durée normales.

En 1969, cure de rétroversion par cloisonnement du Douglas et résection cunéiforme des deux ovaires.

- Obstétricaux : fausse-couche spontanée en 1966.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux : RAS, à part l'intervention de 1969.

L'examen clinique : montre une rétroversion utérine douloureuse.

L'intervention chirurgicale par Douglasséctomie, le 7-12-1971.

Médiane sous-ombilicale.

On note un utérus marbré avec des adhérences à sa face postérieure. Le Douglas est reformé, malgré l'intervention antérieure.

Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : bons.

- Lointains : deux ans après l'intervention, on note, sur le plan fonctionnel, une disparition totale des algies pelviennes et de la dyspareunie, malgré la naissance, en Août 1973, d'un enfant de

3 kg.500, ayant nécessité une extraction au for-
cés.

On note la persistance de la constipation
et une disparition de l'asthénie.

o
o o

OBSERVATION N° 16

Madame T..., âgée de 30 ans, vient con-
sultier en Février 1971, pour :

- des douleurs pelviennes permanentes depuis
six mois environ, non améliorées par une appendicec-
tomie, accompagnées depuis la même date de dyspareu-
nie.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à l'âge
de 12 ans. Cycle régulier de 27 jours, avec durée
et abondance des règles normales.

- Obstétricaux : 0.

- Médicaux : Colibacillose. Colite.

- Chirurgicaux : Appendicectomie en Juillet
1970.

Examen clinique :

- Le toucher vaginal montre une rétroversion
utérine qui ne semble pas douloureuse. On perçoit
une masse latéro-utérine droite très douloureuse
avec un ovaire droit un peu prolabé.

Intervention chirurgicale en Février 1971.

Incision de Pfannenstiel.

La rétroversion utérine est complète.

Nombreuses adhérences réunissant le fond uté-
rin et les annexes à la paroi pelvienne et au recto-
sigmoïde. Pas d'endométriose.

Libération complète des trompes et des annexes

avec résection du cul-de-sac de Douglas selon le procédé de Thoyer-Rozat.

Mise en tension des ligaments utéro-sacrés.

Résultats :

- Immédiats : Bons, pas de complications.
- Lointains : Un an après l'intervention, on note une disparition des douleurs pelviennes et de la dyspareunie.

°
° °

OBSERVATION N° 17

Madame R..., âgée de 30 ans, vient consulter en Février 1971, pour :

- des douleurs pelvi-abdominales, bilatérales, mais à prédominance gauche, permanentes, à type de pesanteur, survenues après un accouchement et une fausse-couche en 1966, augmentées par la fatigue, la station debout, les secousses, diminuant au repos, non rythmées par le cycle. Ces douleurs abdomino-pelviennes étaient accompagnées :

- de sacralgies et lombalgies qui évoluaient de la même manière ;

- de dyspareunie, secondaire à la fausse-couche et à l'accouchement, permanente, et augmentant d'intensité lors des règles et de la pénétration maxima. Il persistait après les rapports un endolorissement pendant environ une heure.

- On notait par ailleurs une constipation, un amaigrissement de 10 kg depuis 5 ans, une asthénie.

Antécédents :

- Gynécologiques : Les premières règles sont survenues à l'âge de 13 ans. Les cycles sont réguliers, de 28 jours ; la durée et l'abondance des

règles sont normales.

- Obstétricaux : Un accouchement normal à terme d'un garçon en 1966, suivi la même année d'une fausse-couche.

- Chirurgicaux : Appendicectomie à l'âge de 12 ans.

- Médicaux : Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 12 ans.

Examen clinique : Le toucher vaginal montre un utérus rétroversé avec douleur au niveau du cul-de-sac latéral gauche.

Intervention chirurgicale : Douglasssectomie le 16-2-1971.

Médiane sous-ombilicale.

On constate une rétroversion utérine complète, un syndrome d'Allen et Masters droit.

La douglasssectomie est commencée du côté droit. Le péritoine est de consistance uniforme.

On fait une résection du lambeau et une suture des ligaments utéro-sacrés.

Résultats :

- Immédiats : Bons, sans complication.

- Lointains : Trois ans après l'intervention, sur le plan fonctionnel : disparition complète du syndrome douloureux abdomino-pelvien et des lombalgies ; incomplète de la dyspareunie, mais avec une nette amélioration.

Reprise de poids de 4 kg.

Diminution de la constipation et de l'asthénie.

°
° °

OBSERVATION N° 18
=====

Madame F... D., âgée de 28 ans, vient

consulter en Mai 1971, pour :

- des douleurs pelviennes bilatérales, intermittentes, avec une plus grande fréquence au moment des règles, à type de pesanteur, augmentées par la fatigue, la station debout, les secousses, survenues en 1967, après une fausse-couche. Ces douleurs s'accompagnaient, depuis 1967 :

- de sacralgies, lombalgies et cruralgies ;
- de dyspareunie, plus importante au moment de la pénétration maxima et avant les règles ;
- de constipation ;
- d'un amaigrissement de 7 kg en un an ;
- d'asthénie.

Il ressort par ailleurs de cet interrogatoire la présence de troubles caractériels chez cette malade.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 13 ans. Cycle régulier de 26 jours, avec règles d'abondance et de durée normales.

- Obstétricaux :

- . 1965 : accouchement normal à terme d'un garçon.
- . 1967 : fausse-couche spontanée à 3 mois, curetée.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux : RAS.

Examen clinique : Utérus rétroversé, douloureux à la mobilisation.

Intervention chirurgicale en Juin 1971. Douglasséctomie.

Incision médiane sous-ombilicale.
Rétroversion utérine accentuée.
Ovaires situés sous l'utérus.

Varicocèle et syndrome de Masters et Allen, bilatéral.

Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : suites excellentes.

- Lointains : nette amélioration des douleurs pelviennes et de la dyspareunie. Par contre, lombalgies, sacralgies, cruralgies ont été peu améliorées.

On note une persistance de l'asthénie et de la constipation. Il n'y a pas eu de reprise de poids après l'intervention.

Sur le plan local, le toucher vaginal montre un utérus en position intermédiaire dont la mobilisation est indolore.

Les culs-de-sac sont souples et indolores.

°
° °

OBSERVATION N° 19

Madame S... J., âgée de 36 ans, vient consulter en Juillet 1971, pour :

- des douleurs abdomino-pelviennes bilatérales à prédominance droite, permanentes, souvent violentes, non rythmées par les règles, augmentées par la fatigue, la station debout, les secousses, survenues après une fausse-couche en 1965. Ces douleurs s'accompagnaient, depuis 1965, de :

- lombalgies, sacralgies et cruralgies qui évoluaient sur le même rythme que les précédentes ;

- dyspareunie intermittente, plus importante lors de la pénétration maxima, et laissant persister un endolorissement pendant environ une demi-heure après les rapports ;

- constipation ;

- asthénie.

Cette malade avait subi, depuis 1965, une électrocoagulation du col, différents traitements antibiotiques et anti-inflammatoires, tous sans succès.

Antécédents :

- Gynécologiques :

- . Premières règles à 11 ans.
- . Cycle régulier de 27 jours, avec abondance et durée normales des règles. Dysménorrhée du premier jour.
- . En 1969, aurait été traitée pour salpingite.

- Obstétricaux :

- . 1957 : accouchement normal à terme d'une fille de 3 kg.
- . 1959 : une fausse-couche au terme de 3 mois, suivie de curetage.
- . 1960 : accouchement normal à terme d'une fille de 3 kg.500.
- . 1963 : accouchement normal à terme d'un garçon de 3 kg.300.
- . 1965 : une fausse-couche au terme de 2 mois, suivie de curetage, avec complications infectieuses (septicémie) et d'une bartholinite.

- Chirurgicaux : Appendicectomie en 1967.

- Médicaux : Rien à signaler.

Examen clinique :

- Au toucher vaginal, rétroversion utérine avec mobilisation douloureuse de l'utérus.

Examen complémentaire : Coelioscopie en Juillet 1971, pratiquée par crainte de G.E.U. ou torsion de kyste de l'ovaire..

Utérus de volume normal ; trompes et ovaire gauche normaux ; l'ovaire droit est kystique.

A la face postérieure des ligaments larges, surtout à gauche, on note une vaste déhiscence dans

laquelle font hernie des veines variqueuses. Le cul-de-sac de Douglas contient un liquide séreux.

Intervention chirurgicale pratiquée en Septembre 1971. Douglasséctomie suivant la technique habituelle.

Médiane sous-ombilicale.

Résultats :

- Immédiats : Pas de complications.
- Lointains : Deux ans après, on note, sur le plan fonctionnel :
 - . une nette amélioration des douleurs pelviennes, des lombalgies et des sacralgies, de la dyspareunie ;
 - . l'asthénie et la constipation persistent ;
 - . pas de reprise de poids après l'intervention.

o
o o

OBSERVATION N° 20

Madame P... A.-M., âgée de 28 ans, vient consulter en Janvier 1972, pour :

- des algies pelviennes permanentes, à type de pesanteur, augmentées par la station debout, survenues il y a 4 ans, accompagnées de :
- lombalgies, évoluant de la même manière ;
- dyspareunie profonde.

On note, à l'interrogatoire, une grande nervosité chez cette malade qui, par ailleurs, est traitée depuis 2 ans par inhibiteur de l'ovulation, sans grand succès sur le plan fonctionnel.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 13 ans. Les cycles sont réguliers, de 30 jours, avec des règles d'abondance et de durée normales.

- Obstétricaux :

• Accouchement, en Février 1964, d'un garçon de 3 kg.400.

• Accouchement, en Février 1969, d'une fille de 3 kg.300.

- Médicaux : Syndrome dépressif en Avril 1971, ayant nécessité une hospitalisation.

- Chirurgicaux : RAS.

L'examen clinique montre un utérus rétroversé dont la mobilisation reproduit une douleur identique à la dyspareunie et aux algies pelviennes, avec même irradiation lombaire.

Examen complémentaire : Une coelioscopie, pratiquée en 1970 à l'Hôpital Saint-Antoine, montre une rétroversion utérine avec myome du fond utérin. Trompes et ovaires semblent normaux. Le Douglas est très profond.

Intervention chirurgicale le 8 Février 1972 :
Douglassectomie.

Médiane sous-ombilicale.

L'utérus est prolabé et fixé dans le Douglas recouvert d'une véritable gelée de coloration marbrée. Les ovaires sont eux-mêmes prolabés. On note une hernie du Douglas. Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : Disparition totale des phénomènes lombo-ovariens.

- Lointains : La malade n'a pas été revue par la suite.

°
° °

OBSERVATION N° 21

Madame L... M., âgée de 29 ans, vient consulter en 1972 pour :

- des douleurs pelviennes, unilatérales droites, permanentes, assez violentes, survenues après un accouchement, en 1967, non rythmées par le cycle, augmentées par la fatigue, la station debout, les secousses, diminuant au repos, accompagnées de :

- lombalgies depuis 1967, qui évoluaient sur le même rythme ;

- dyspareunie, survenue à la même date, permanente, plus importante au moment de la pénétration maxima, avec persistance après les rapports d'un endolorissement pelvien ;

- constipation ;

- asthénie ;

- amaigrissement de 4 kg en 5 ans.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 12 ans. Cycle régulier de 28 jours, avec règles peu abondantes, durant 3 jours, précédées d'un syndrome prémenstruel. Dysménorrhée.

- Obstétricaux :

- . En 1967 : accouchement normal d'un enfant de 3 kg.900, suivi de rétention plac entaire ayant nécessité un curetage.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux : RAS.

Examen :

- Au toucher vaginal, on constate une rétroversion mobile de l'utérus avec douleur au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur.

Intervention chirurgicale en Juin 1972.

Douglassectomie. Incision sus-pubienne. On constate un utérus en bonne position, mais marbré et non augmenté de volume, un syndrome d'Allen et Masters à droite, un peu moins net à gauche, des varicocèles pelviens importants avec liquide dans le

fond du Douglas. Amorce de hernie du Douglas.

Technique habituelle, avec suture particulière du grand droit à droite, car mince et fragile.

Résultats de l'intervention :

- Immédiats : sans problèmes.

- Lointains : deux ans après, sur le plan fonctionnel, disparition totale des douleurs pelviennes, des lombalgies, de la dyspareunie, de la constipation, de l'asthénie. Par ailleurs, reprise de poids de 4 kg. A noter une stérilité depuis l'intervention.

°
° °

OBSERVATION N° 22

Madame H..., âgée de 36 ans, nullipare, vient consulter en Février 1972, pour :

- des douleurs pelviennes principalement droites, survenant surtout avant et pendant les règles, à type de pesanteur, augmentées par la fatigue, la station debout; les secousses, survenues depuis 1966, accompagnées de :

- lombalgies, sacralgies, évoluant sur le même rythme ;

- ténesme rectal ;

- dyspareunie primaire, permanente, plus importante au moment de la pénétration maxima, laissant persister un endolorissement pelvien après les rapports ;

- constipation ;

- pollakiurie avec brûlure à la miction ;

- asthénie.

Constipation et problèmes urinaires furent

traités médicalement pendant plusieurs mois, traitement qui fut suivi de succès.

Antécédents :

- Gynécologiques :

- . Premières règles à 12 ans.
- . Cycle régulier de 26 jours avec règles abondantes durant 6 jours.
- . Dysménorrhée des premiers jours.
- . Stérilité primaire explorée : aucune étiologie ne fut retrouvée.

- Obstétricaux : O.

- Médicaux :

- . Diphtérie à l'âge de 6 ans.
- . Pneumonie à l'âge de 12 ans.

- Chirurgicaux : RAS.

L'examen clinique montre une rétroversion utérine douloureuse.

Examen complémentaire : Une hystéro-salpingographie ne montre qu'un utérus dévié à droite.

Intervention chirurgicale par Douglasséctomie le 29-2-1972. Après incision arciforme sus-pubienne, on trouve : un utérus rétroversé très marbré.

Il n'y a pas de varicocèle très important. Par contre, on note un Douglas très profond avec du liquide sanglant.

Le péritoine à la dissection semble moins affiné et étiré que chez les multipares.

Ovaires et trompes sont normaux.

Technique habituelle de la Douglasséctomie.

Résultats :

- Immédiats : bons.

- Lointains : Deux ans après l'intervention, on note, sur le plan fonctionnel, la persistance des algies pelviennes, des sacralgies, des lombalgies et du ténesme, qui n'ont absolument pas été

améliorés. Par contre, la dyspareunie a totalement disparu. La malade n'a pas eu de grossesse, malgré un traitement par Clomid entrepris dans les suites.

Persistance de l'asthénie, disparition des troubles urinaires et de la constipation.

°
° °

OBSERVATION N° 23

Madame G... R., âgée de 26 ans, vient consulter en 1972, pour une dyspareunie depuis 1970.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à l'âge de 14 ans. La malade prend des oestro-progestatifs depuis 1970.

- Obstétricaux : En 1970, accouchement à terme avec forceps d'un enfant de 3 kg.100.

Examen clinique :

- Au toucher vaginal, l'utérus est en position intermédiaire.

- La douleur dans le cul-de-sac postérieur est identique à la dyspareunie.

Douglassectomie en Avril 1972 :

Incision arciforme sus-pubienne. L'utérus est marbré, mais non rétroversé, car refoulé par une ampoule rectale pleine.

On note un syndrome d'Allen et Masters net à droite, la présence d'un varicocèle pelvien. Il existe des adhérences très importantes et un épaissement du péritoine en avant et à gauche.

Technique habituelle.

En fin d'intervention, disparition du tableau d'Allen et Masters et des varicocèles pelviens.

Résultats :

- Immédiats : sans complications.
- Lointains : En 1972, revient à la consultation pour une grossesse d'un mois. Le toucher vaginal est indolore.

o
c o

OBSERVATION N° 24

Madame R... P., âgée de 26 ans, vient consulter en Mars 1972, pour :

- des douleurs pelviennes permanentes, augmentées par la fatigue, les secousses, survenues en 1970 après un accouchement, accompagnées de :
- dyspareunie profonde,
- un amaigrissement de 5 kg.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 11 ans. Cycle irrégulier, règles d'abondance normale durant 5 jours.

- Obstétricaux :

. 1968 : accouchement normal à terme d'un garçon de 3 kg.200.

. 1970 : accouchement avec forceps d'un enfant de 3 kg.300.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux : Appendicectomie.

A l'examen clinique, on note un utérus enclavé dans le Douglas modérément augmenté de volume, avec une douleur provoquée au niveau du cul-de-sac postérieur vaginal, identique à la dyspareunie et aux douleurs pelviennes.

Intervention chirurgicale : Douglassectomie.

Incision arciforme sus-pubienne.

On trouve un utérus complètement basculé en arrière, marbré, avec des varicocèles importants. Douglassectomie selon la technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : simples, pas de complications.
- Lointains : la malade n'a pas été revue.

°
° °

OBSERVATION N° 25

Madame R... M.J., âgée de 33 ans, vient consulter en Mars 1972, pour :

- des douleurs abdomino-pelviennes, survenues en 1963, après un accouchement et une fausse-couche, prédominante à droite, évoluant par crises plus ou moins violentes qui apparaissent plus fréquentes avant et pendant les règles, augmentées par la station debout, les secousses, la fatigue, diminuant au repos, accompagnées de :

- lombalgies et cruralgies, survenues plus tardivement en 1970, évoluant sur le même rythme ;
- constipation, asthénie ;
- il n'y a pas de dyspareunie.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à l'âge de 13 ans. Le cycle est régulier, de 25 jours, avec des règles d'abondance et de durée normales. Dysménorrhée. Présence d'ovaires kystiques bilatéraux confirmée en 1970 par une laparotomie exploratrice pratiquée pour lithiase rénale.

- Obstétricaux :

. En 1962 : Fausse-couche spontanée à trois mois et demi.

. En 1963 : Accouchement normal à terme d'une fille de 3 kg.300.

. En 1966 : Accouchement normal à terme d'une fille de 4 kg.400.

- Médicaux : Pyélonéphrite droite en 1959.

- Chirurgicaux :

. Appendicectomie.

. En 1970, crise de colique néphrétique droite, ayant nécessité une laparotomie exploratrice.

Examen clinique

- Le toucher vaginal montre un utérus très mobile avec une corne droite très douloureuse. L'examen réveille les irradiations dans la région lombaire. La douleur au toucher est identique à la douleur spontanée.

Intervention chirurgicale : le 14 Mars 1972, par Douglasséctomie.

Médiane sous-ombilicale. Péritoine très fragile avec cul-de-sac de Douglas très profond. L'utérus est très marbré. En fin d'intervention, l'utérus est de coloration normale.

A l'histologie d'un prélèvement péritonéal, on note des images d'irritations inflammatoires sans foyer d'endométriose visible.

Résultats :

- Immédiats : simples.

- Lointains : En 1973, sur le plan fonctionnel, on note une amélioration nette des algies abdomino-pelviennes avec disparition des lombalgies et des cruralgies. On note une reprise de poids après l'intervention et une persistance de la constipation.

Sur le plan local, on ne trouve aucune douleur à l'examen gynécologique.

OBSERVATION N° 26

Madame L... C., âgée de 29 ans, vient consulter en 1972, pour :

- des douleurs pelviennes, survenues en 1971 après une fausse-couche, évoluant par crises parfois violentes, survenant n'importe quand, augmentées par la station debout, la fatigue, les secousses, diminuant au repos, de situation médiane, accompagnées de :

- lombalgies, qui évoluaient sur le même rythme ;

- dyspareunie secondaire, apparue en 1971, permanente, plus importante avant les règles, laissant persister un endolorissement pelvien après les rapports ;

- pollakiurie, asthénie, amaigrissement.
Traitement par oestro-progestatifs.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 14 ans. Cycle régulier de 27-28 jours, avec règles d'abondance et de durée normales.

- Obstétricaux :

. 1958 : Accouchement normal à terme d'un garçon de 3 kg.200.

. 1961 : Accouchement normal à terme d'une fille de 3 kg.100.

. 1962 : Accouchement normal à terme d'un garçon de 4 kg.500.

. 1966 : Accouchement normal à terme d'une fille de 3 kg.400.

. 1971 : Fausse-couche au terme de 3 mois, suivie de deux curetages.

Examen clinique :

- Le toucher vaginal montre un utérus rétro-versé avec un cul-de-sac postérieur très douloureux dont la palpation reproduit une douleur identique à la douleur spontanée.

Douglassectomie le 28 Mars 1972.

Incision horizontale sus-pubienne.

On note un utérus en rétroversion accentuée, des varicocèles, des utéro-sacrés faibles, un prolapsus ovarien.

Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : excellents.

- Lointains : En 1973, sur le plan fonctionnel, on note une disparition totale des algies pelviennes, lombaires et de la dyspareunie. La pollakiurie persiste et il y a une reprise de poids après l'intervention.

°
° °

OBSERVATION N° 27

Madame B... G., âgée de 35 ans, vient consulter en Avril 1972, pour :

- des douleurs pelviennes à prédominance gauche, à type de pesanteur, survenant principalement avant et après les règles, augmentées par la fatigue, la station debout, les secousses, survenues en 1969, après un curetage pour grossesse molaire, et accompagnées de :

- lombalgies évoluant sur le même rythme ;
- cruralgies ;
- ténésme rectal ;
- dyspareunie profonde depuis 1969, plus importante avant les règles et laissant persister un endolorissement pelvien après les rapports ;
- une pollakiurie, une asthénie.

Un traitement par Ovariostat n'apporta aucune amélioration.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à l'âge de 15 ans. Cycle irrégulier de 35 à 60 jours avec règles d'abondance normale pendant 6 jours. Dysménorrhée.

- Obstétricaux :

. En 1958, accouchement à terme d'un enfant de 4 kg avec forceps et déchirure périnéale importante.

. En 1961, fausse-couche spontanée à 2 mois et demi, curetée.

. En 1963, accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg.700.

. En 1969, mole hydatiforme, curetée à 2-3 mois.

- Médicaux : Asthme.

- Chirurgicaux : Appendicectomie en 1947.

Examen clinique :

- Le toucher vaginal montre un utérus rétroversé avec douleur au niveau du cul-de-sac postérieur identique à la dyspareunie et à la douleur spontanée.

Intervention chirurgicale le 23 Mai 1972, par Douglassectomie.

Médiane sous-ombilicale.

L'utérus est rétroversé, recouvert de gelée de groseille, avec sérosité sanglante dans le Douglas et quelques adhérences à la face postérieure de l'utérus.

Technique habituelle.

En fin d'intervention, l'utérus est de coloration normale et en bonne position.

Résultats :

- Immédiats : Pas de complications.

- Lointains : En Décembre 1973, sur le plan fonctionnel, on note une disparition de la douleur pelvienne provoquée par les secousses ; mais la douleur spontanée, ainsi que les lombalgies, le

ténisme rectal, les troubles urinaires et l'asthénie persistent de façon identique. La dyspareunie, par contre, a été nettement améliorée.

Au toucher, l'utérus est en position intermédiaire, indolore.

Le cul-de-sac gauche est sensible ; il n'y a pas de masse perçue.

°
° °

OBSERVATION N° 28

Madame P.. M.-F., âgée de 25 ans, vient consulter en Mai 1972, pour :

- des douleurs pelviennes à prédominance droite, permanentes, assez intenses, augmentées par la fatigue, la station debout, les secousses, non rythmées par le cycle, survenues après une fausse-couche en 1971, accompagnées de :

- sacralgies qui évoluaient de la même manière depuis 1971 ;

- dyspareunie profonde depuis 1971, permanente, plus importante lors de la pénétration maxima, laissant persister un endolorissement pelvien après les rapports ;

- un amaigrissement de 10 kg ;

- asthénie.

Plusieurs traitements médicaux furent entrepris, après une exploration digestive qui s'était avérée négative, et tous furent un échec.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à l'âge de 16 ans. Cycle régulier de 35 jours, avec règles abondantes durant 2 à 3 jours.

- Obstétricaux :

- . En 1967 : accouchement normal au terme de

8 mois d'un enfant de 2 kg.8.

. En 1971 : fausse-couche spontanée au terme de 2 mois.

- Chirurgicaux : Appendicectomie en 1963.

Examen clinique

- Au toucher vaginal, douleur au niveau du cul-de-sac postérieur identique à la douleur spontanée et à la dyspareunie ; l'utérus est moyennement rétroversé.

Intervention le 5 Mai 1972, par Douglasséctomie. Médiante sous-ombilicale.

Utérus de volume normal, en rétroversion, de couleur marbrée. Il n'y a pas de varicocèle, mais il existe une ébauche de syndrome de Masters et Allen à gauche.

Technique habituelle.

En fin d'intervention, l'utérus est en bonne position et a repris sa coloration normale.

Résultats :

- Immédiats : Simples, pas de complications, avec disparition des douleurs pelviennes.

- Lointains : En Décembre 1973, sur le plan fonctionnel, on note une disparition totale des douleurs pelviennes et des sacralgies pendant un an, avec réapparition discrète de celles-ci, il y a six mois, à la suite d'une fausse-couche de 5 mois et demi, curetée en Juillet 1973. La dyspareunie a totalement disparu depuis l'intervention et n'a pas réapparu après la fausse-couche.

On note une persistance de l'asthénie et une reprise de poids après l'intervention.

OBSERVATION N° 29

Madame L... A., âgée de 26 ans, vient consulter en Janvier 1973, pour :

- des douleurs pelviennes survenues en 1971 après un accouchement, non augmentées par la fatigue, les secousses, survenant n'importe quand, accompagnées de :

- lombalgies évoluant sur le même rythme ;
- pas de dyspareunie.

Antécédents :

- Gynécologiques : Pas de renseignements.

- Obstétricaux :

 : En 1965 : accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg.600.

 . En 1968 : accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg.500, suivi de révision utérine.

 . En 1970 : accouchement au terme de 8 mois d'un enfant de 2 kg.800, suivi de révision utérine.

 . En 1971 : accouchement à terme d'un enfant de 3 kg.300.

- Médicaux : RAS.

- Chirurgicaux : RAS.

Examen clinique :

- Au toucher vaginal, l'utérus est en position normale, avec douleur au niveau du cul-de-sac gauche. Les autres culs-de-sac sont indolores.

Examen complémentaire :

Coelioscopie le 6-2-1973. On constate un utérus un peu augmenté de volume, congestif. Il y a une déchirure des deux feuillets postérieurs du ligament large, avec dilatation veineuse bilatérale dans les deux ligaments larges et le lombo-ovarien gauche.

Les deux ovaires et la trompe droite sont normaux. Au niveau de la trompe gauche, on note

une hydatide pédiculée.

Intervention le 16-2-1973 : Douglassesectomie par incision de Pfannenstiel.

L'utérus est augmenté de volume et violacé. Les veines utérines sont turgescentes et on retrouve le syndrome de Masters et Allen, bilatéral, avec déchirure de 1 cm, un peu au-dessus et en dehors des ligaments utéro-sacrés. Technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : Pas de complications.

- Lointains : soit un an après :

Sur le plan fonctionnel, il n'y a eu aucune amélioration sur le plan douloureux. Depuis son intervention, cette malade a fait une fausse-couche qui a nécessité deux curetages. Elle suit actuellement un traitement par inhibiteur de l'ovulation, qui n'améliore rien sur le plan fonctionnel. Il est à noter de gros problèmes sociaux pour cette femme qui vit seule avec quatre enfants et a un emploi très fatigant dans la métallurgie.

°
° °

OBSERVATION N° 30

Madame M... S., âgée de 26 ans, vient consulter en Février 1973, pour :

- des douleurs pelviennes à prédominance droite, évoluant depuis 1964, intermittentes, survenant à n'importe quel moment du cycle menstruel, augmentées par la fatigue, la station debout, les secousses, diminuant au repos, accompagnées de :

- lombalgies, remontant à la même date et évoluant sur le même rythme ;

- dyspareunie depuis 1972, intermittente, survenant principalement avant les règles, plus impor-

tante au moment de la pénétration maxima, avec persistance après les rapports d'un endolorissement pelvien.

- constipation ;
- pollakiurie ;
- asthénie.

Antécédents :

- Gynécologiques : cycle irrégulier de 28 jours à 7 semaines, avec règles abondantes durant 10 jours environ, avec syndrome prémenstruel et dysménorrhée des premiers jours.

La malade fut mise sous oestro-progestatifs, ce qui n'améliora ni les algies pelviennes, ni le syndrome prémenstruel.

- Obstétricaux : ni accouchement, ni avortement.
- Médicaux : cystite et crise de coliques néphrétiques.
- Chirurgicaux : appendicectomie en 1963.

A l'examen : utérus rétroversé avec perception d'une masse dans le cul-de-sac droit. La présence de métrorragies associées faisant craindre une grossesse extra-utérine, on pratique :

Une intervention chirurgicale le 2-2-1973.

Incision de Pfannenstiel. On ne retrouve pas de G.E.U.. L'utérus est augmenté de volume, basculé en arrière et à droite. La trompe et l'ovaire droits constituent avec la corne utérine une masse qui explique la clinique. On note un varicocèle sans syndrome de Masters et Allen. Il n'y a pas de liquide. Le cul-de-sac de Douglas est profond, les utéro-sacrés sont faibles ; il y a un allongement hypertrophique du col. On pratique une Douglassectomie suivant la technique habituelle.

Résultats :

- Immédiats : bons.
- Lointains : soit un an après.

Sur le plan fonctionnel : Discrète amélioration des algies pelviennes et des lombalgies. Disparition de la dyspareunie. Persistance de la constipation et de la pollakiurie.

Sur le plan local : L'utérus est en bonne position. Le cul-de-sac droit est sensible.

°
° °

OBSERVATION N° 31

Madame R... C., âgée de 33 ans, vient consulter en 1973, pour des douleurs pelviennes diffuses, prédominantes à droite, augmentées à la station debout, aux secousses, accompagnées de dyspareunie profonde, d'amaigrissement.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 11 ans ; cycle de 28 jours, avec règles durant 10 jours.

- Obstétricaux :

. En 1966 : accouchement à 8 mois d'un enfant de 3 kg.300.

. En 1968 : fausse-couche provoquée de 2 mois, curetée et suivie de septicémie.

. En 1969 : fausse-couche provoquée de 2 mois, curetée et suivie de septicémie.

- Médicaux : Dépression nerveuse en 1967.

- Chirurgicaux : En 1960, opérée pour kystes ovariens bilatéraux ; en 1970, ligature des trompes.

Examen clinique .

- Le toucher vaginal montre un utérus très mobile, douloureux.

- La douleur provoquée à la mobilisation est identique à la douleur spontanée et à la dyspareunie.

Intervention le 6-2-1973 :

Reprise de Pfannenstiel.

L'utérus est un peu augmenté de volume, congestif, très mobile, antéversé.

Annexectomie droite et résection de la trompe gauche.

Syndrome de Masters et Allen.

Douglas très profond.

Suites :

- Immédiates : bonnes.

- Lointaines : La malade n'a pas été revue.

o
o o

B) - LES COELIOSCOPIES

OBSERVATION N° 32

Madame B..., âgée de 31 ans, vient consulter en 1969, pour des douleurs pelviennes droites apparues depuis deux ans, augmentant lors des règles et à la fatigue.

Pas d'autres signes.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 13 ans.
Cycle normal.
- Obstétricaux : 1958 : ANT.
1962 : ANT.
- Médicaux : RAS.
- Chirurgicaux : Appendicectomie à 17 ans.
Adénomectomie du sein en 1965.

L'examen clinique montre une rétroversion utérine douloureuse à la palpation et à la mobilisation.

La coelioscopie pratiquée montre un pelvis libre de toutes adhérences, avec des annexes normales et une petite dilatation variqueuse des vaisseaux du mésosalpinx.

°
° °

OBSERVATION N° 33

Madame E..., âgée de 26 ans, vient consulter en 1972, pour douleur de la fosse iliaque droite survenant à l'effort, des lombalgies droites.

Antécédents :

- Gynécologiques : Résection d'un kyste ovarien droit en Novembre 1970.

- Obstétricaux : Accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg, suivi d'infection génitale.

- Chirurgicaux et médicaux : Aucun.

Examen clinique : Douleur provoquée.

La coelioscopie pratiquée montre un appareil génital normal, des ligaments utéro-sacrés étirés, un péritoine un peu mince.

Il n'y a pas de syndrome de Masters et Allen.

°
° °

OBSERVATION N° 34

Madame D..., âgée de 33 ans, vient consulter en Janvier 1971, pour des douleurs pelviennes droites, apparues depuis trois mois, paroxystiques, et par ailleurs une aménorrhée sous contraceptif.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 14 ans. Cycle régulier de 28 jours, avec règles d'abondance et de durée normales.

- Obstétricaux : En 1964, ANT d'un enfant de 3 kg.200. En 1967, ANT d'un enfant de 3 kg.100.

- Médicaux et chirurgicaux : Aucun.

L'examen clinique montre un utérus rétroversé et la perception dans le cul-de-sac droit d'une petite masse de la taille d'une noix, douloureuse.

La coelioscopie pratiquée montre la présence de nombreuses dilatations variqueuses du cul-de-sac de Douglas. Les ovaires sont macroscopiquement normaux.

°
° °

OBSERVATION N° 35

Madame M...L., âgée de 29 ans, vient consulter en 1972, pour des douleurs pelviennes bilatérales paroxystiques depuis six mois, accompagnées d'une dysménorrhée avec douleurs identiques aux précédentes, mais permanentes et d'intensité accrue, d'une aménorrhée depuis Décembre 1971.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 13 ans. Le cycle est régulier de 26 jours, avec règles d'abondance et de durée normales. Dysménorrhée.

En 1971, on pratique une électrocoagulation du col pour ectropion.

- Obstétricaux : Un accouchement à terme normal en 1968.

- Médicaux et chirurgicaux : Appendicectomie à l'âge de 20 ans.

L'examen clinique montre une douleur des fosses iliaques droite et gauche, à la palpation abdominale, et, au toucher vaginal, un utérus petit, sensible, très mobile. Les culs-de-sac sont indolores. Les ovaires sont un peu prolabés.

La coelioscopie pratiquée montre un utérus de volume et de coloration normaux, des annexes saines. Mais, du côté gauche, la présence d'une bride péritonéale et graisseuse venant de l'intestin et fixant l'annexe de ce côté peut rendre compte des douleurs.

La mobilité utérine est considérable, mais il n'existe pas de varicocèle important.

OBSERVATION N° 36

Madame L... M.-F., âgée de 24 ans, vient consulter en 1972, pour des douleurs de la FID récentes accompagnées de métrorragies.

Antécédents :

- Gynécologiques : Premières règles à 10 ans. Cycle régulier de 28 jours, avec règles d'abondance et de durée normales.

- Obstétricaux :

. En 1968 : AIT d'un enfant de 3 kg.800.

. En 1969 : GEU gauche suivie de salpingectomie.

. En 1970 : Fausse-couche spontanée d'un enfant de 5 mois.

- Chirurgicaux et médicaux : RAS.

L'examen clinique montre un corps augmenté de volume, douloureux à la mobilisation. Le cul-de-sac droit est normal ; le cul-de-sac gauche est douloureux et empâté.

Devant ce tableau clinique faisant craindre une GEU, on pratique une coelioscopie qui montre :

- un utérus congestif et augmenté de volume,
 - un syndrome de Masters et Allen,
 - l'absence de trompe gauche et la présence d'un hydrosalpinx droit.
-

CONCLUSIONS

Au terme de cette analyse, on peut constater qu'il existe deux groupes de malades porteuses de lésions macroscopiques péritonéales :

- celles qui présentent une rétroversion utérine douloureuse, ayant nécessité une intervention chirurgicale.

Les anomalies du péritoine sont ici très fréquentes, puisqu'on les retrouve dans 80 % des cas.

- celles dont l'interrogatoire et l'examen clinique n'ont pas permis d'affirmer une lésion anatomique précise et où la coelioscopie s'est révélée nécessaire pour établir le diagnostic. La proportion de lésions péritonéales, constatées dans ces cas, est alors nettement inférieure, car de l'ordre de 1,7 % des coelioscopies pratiquées dans le service.

Par ailleurs, l'étude de ces 36 observations nous a permis d'établir la liste des différents types d'anomalies péritonéales et de constater l'existence d'une certaine identité, d'une part entre celles qui avaient une rétroversion utérine douloureuse et celles qui n'en avaient pas, d'autre part entre les différents types de lésions rencontrées (syndrome de Masters et Allen, anomalies de consistance, adhérences, etc...).

1)- Sur le plan étiologique :

En effet, les antécédents obstétricaux sont

présents dans 80 % des cas, quelles que soient les lésions rencontrées.

2)- Sur le plan clinique :

La différence entre lésions péritonéales avec ou sans rétroversion porte essentiellement sur la dyspareunie, nettement plus fréquente dans le premier groupe, et la dysménorrhée, plus importante dans le deuxième groupe.

Par ailleurs, on ne retrouve pas une individualité clinique nette à chaque type de lésions, mais simplement quelques variations dans les fréquences de certains signes fonctionnels et physiques.

3)- Sur le plan thérapeutique :

Les résultats sont satisfaisants dans plus de 80 % des cas pour les lésions avec ou sans rétroversion associée, et pour chaque type d'anomalies, à l'exception de celles portant sur la consistance du péritoine (33,3 % de bons résultats seulement).

Il existerait donc une certaine unicité tant sur le plan étiologique, clinique et thérapeutique des différentes lésions macroscopiques du péritoine.

En fait, on pourrait les considérer comme faisant partie d'"une même maladie", où chaque lésion ne serait qu'un stade clinique déterminé par les différentes agressions obstétricales et gynécologiques que subissent les femmes au cours de leur vie génitale. Leur accumulation aboutirait à un délablement plus complet du tissu péritonéal et de l'appareil ligamentaire de l'utérus, ce qui expliquerait l'association fréquente de la rétroversion utérine.

Ceci nous permettrait de concevoir un traitement chirurgical visant à éliminer par exérèse les

lésions macroscopiques du péritoine, facteurs d'algies pelviennes par phénomènes inflammatoires, et à rétablir une bonne statique utérine.

La technique de la Douglasséctomie répond parfaitement à ces deux indications, comme le confirment les résultats post-opératoires.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Bichat - Beaujon,

J. BAUMANN

Le Président de la thèse,

J. BAUMANN

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - AMETEAU Jacques - Légitimité de la cure chirurgicale des douleurs pelviennes du post-partum. Thèse Paris (Saint-Antoine), 1971, 21.
- 2 - AUBERT L.- Le syndrome de Masters et Allen.- Concours Médical 8, 10, 1960, n° 41.
- 3 - AUVRAY - Le varicocèle pelvien.- Gazette des Hôpitaux 1924, 97, p. 481- 484.
- 4 - BENEDETTI J.B.- Vingt-six observations de déchirure du ligament large. Syndrome d'Allen et Masters.- Thèse Marseille, 1963.
- 5 - BERTRAND P., BLANCHARD R., DUBREUIL-FILLMANN - Syndrome de déchirure du ligament large.- Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique, Juillet-Septembre 1961, 13, n° 4, p. 451.
- 6 - BRET A.J. et BARDIAUX M.- L'exclusion du Douglas dans les rétrodéviations utérines douloureuses.- Revue Française de Gynécologie-Obstétrique, Juillet-Août 1965, 60, N° 7-8.
- 7 - BRET A.J., BARDIAUX M., DE BRUX J., DEMAY C.- Algies pelviennes d'origine génitale. La pelvipéritonite scléro-inflammatoire. A propos du syndrome de Masters et Allen.- Semaine des Hôpitaux de Paris, Janvier 1967, 43, N° 4, 173-182.
- 8 - COLANERI DOUAY - Les douleurs abdomino-pelvien-

nes.- "Revue Française de Gynécologie-Obstétrique 1933, p. 483-515.

- 9 - COMITI J., EMERY J.- A propos du syndrome de Masters et Allen.- Marseille Chirurg. 1963, n° 1.
- 10 - CONDAMIN - Dyspareunie et frigidité dans leurs rapports avec la Douglassite.- Lyon Médical, 1926, 138, p. 523-531.
- 11 - CONDAMIN - Essai de pathogénie dans la dysménorrhée dite essentielle.- Lyon Médical 1926, 138, p. 439-446.
- 12 - CONDAMIN - Séquelles de l'appendicectomie et Douglassite.- Lyon Médical 1926, 138, p. 643-648.
- 13 - CONDAMIN - Généralités sur la Douglassite.- Lyon Médical 1926, 138, p. 347-357.
- 14 - CONDAMIN - Douleurs pelviennes en gynécologie. Essai de pathogénie.- Lyon Médical 1927, 139, p. 311.
- 15 - CONDAMIN - La Douglassite dans les cystalgies et fausse cystite.- Lyon Médical 1929, 144, p. 277-283.
- 16 - CONDAMIN - Essai de pathogénie de l'ovarite scléro-kystique.- Lyon Médical 1929, 144, p. 681-691.
- 17 - CONDAMIN - Etude analytique des lésions et symptômes de la Douglassite.- Lyon médical 1930, 145, p. 509-519.
- 18 - COTTE - A propos de la section des ligaments utéro-sacrés. Douglassite et paramétrite postérieure.- Lyon Médical 1930, 145, p.237-245.
- 19 - COTTE et DECHAUME - Les plexalgies hypogastriques

- ques.- Presse Médicale 1931, 39, p. 373-376.
- 20 - COTTE et JEZDITCH D.- Le varicocèle pelvien.- Gynécologique et Obstétrique, tome 7, n° 3, 1923.
- 21 - DE BRUX, BRET, DEMAY, BARDIAUX - La péritonite pelvienne récidivante.- American Journal of Obstetrics and Gynecology, Octobre 1968, 102, n° 4, p. 501-505.
- 22 - DEVALZ - Sur le varicocèle.- Thèse 1858.
- 23 - DEVIN R., BRANDONE H. et DINARD J.- Résultat du traitement des algies pelviennes de la femme par l'opération de Roux.- Marseille Chirurgie, 1963.
- 24 - EMERY J., RAMPAL M., BRANDEIS R.- Neuf cas de déchirure du ligament large.- Marseille Chirurgie 1962, 2, 170-176.
- 25 - FOURY A.M.- Rétrodéviatation utérine douloureuse chez la femme en période d'activité génitale. Pronostic et thérapeutique.- La Douglasséctomie.- Thèse Paris 1959, n° 911.
- 26 - GAUTHIER, BENOIT et DUQUENOY - Syndrome de Masters et Allen.- Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique, Juin-Août 1964, 16, N° 3.
- 27 - GOETHAL BORIN J.- A propos de douleurs gynécologiques. Le syndrome de déchirure du ligament large ou syndrome de Masters et Allen.- Acte Chirurgical Belge, Mars 1962, 61, n°3.
- 28 - GOODAL POWER - Syndrome pelvien brutal dû à une réaction péritonéale du Douglas.- American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1937, T. 33, p. 194-209.
- 29 - GRENET - La Douglasséctomie en gynécologie. Indications. Résultats à propos de cent cas.-

Thèse Paris, 1963.

- 30 - HERBET - Le varicocèle pelvien.- Bulletin de la Société d'Anatomie, 1896.
- 31 - JAMAIN B., LETESSIER A.- Traitement chirurgical de la rétroversion utérine par Douglasséctomie et ligature des ligaments utéro-sacrés.- Gynécologie, Obstétrique, Avril-Mai 1962, 61, N° 2, p. 230-240.
- 32 - JAMAIN B., LETESSIER A.- Rétroversion utérine. Indications et résultats de la Douglasséctomie.- Gynécologie, Obstétrique, Septembre 1962, 61, n° 4, p. 501-514.
- 33 - JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET C.- La Douglasséctomie. Cure de la rétroversion utérine. Technique. Résultat. A propos de 72 cas.- Presse Médicale, 25 Décembre 1963, 71, N° 55.
- 34 - JAMAIN B. et LETESSIER A.- La Douglasséctomie en gynécologie.- Semaine des Hôpitaux, Janvier 1967, 43, N° 4, p. 157-172.
- 35 - KLINK F.- Paramétrieose, congestion pelvienne et syndrome utérin.- Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique, 1955, T. 27, n° 5 bis, p. 647.
- 36 - LAUTIER - A propos du syndrome de Masters et Allen.- Mémoire de l'Académie de Chirurgie 1961, 87, n° 1-2-3.
- 37 - LAWRY E.V.- Laceration traumatique des ligaments de l'utérus. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1er Juin 1968, 101, n° 3.
- 38 - LOFFREDO - Syndrome de déchirure du ligament large. Etude clinique, étio-pathogénique et thérapeutique.- Thèse Paris, 1960.

- 39 - MATHIEU - Discussion.- Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique, 1965, 17, n° 5, 457.
- 40 - MARGULIES WINAVER Diane - Corrélation entre 67 observations de hernies à travers des brèches du ligament large. A propos d'un cas personnel.- Thèse Paris 1960, n° 1034.
- 41 - MASTERS W.H. et ALLEN W.M.- Traumatic laceration of uterin support.- American Journal of Obstetrics and Gynecology, Septembre 1955, 70, N° 3, 500.
- 42 - MUSSET - Table ronde sur les troubles de la statique utérine.- Entretiens de Bichat, 1964 - Revue Française de Gynécologie, 1965, 60, 5, 367.
- 43 - PALMER R.- La coelioscopie dans le diagnostic des algies pelviennes.- Revue du Praticien 1959, 9, 22.
- 44 - PISSANCIEL G.- Syndrome de désinsertion utérine.- Thèse Marseille 1964.
- 45 - POUTONNIER A., GRYNFOGEL M. et RAUZY - A propos du syndrome de Masters et Allen.- Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique, Décembre 1962, 14, N°2.
- 46 - ROBERT H.G.- Algies pelviennes: Problèmes cliniques et étiologiques.- Revue du Praticien, 1959, Tome 9, N° 22.
- 47 - ROCHET Y. et MIKAELIAN S.- Réflexion sur le syndrome de Masters et Allen (treize cas).- Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique 1965, 17, n° 5, 449.
- 48 - ROUSSEAU - Le varicocèle pelvien.- Thèse Paris, 1892.

- 49 - ROUX G.- Les troubles de la statique pelvienne en dehors des prolapsus externes.- Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique 1957, 9, n° 4bis, p. 626-630.
- 50 - ROUX G., MARCHAL G. et BAUMEL H.- Presse Médicale, Janvier 1958, 66, N° 7, 135.
- 51 - SARFATI - Les indications chirurgicales de la rétroversion utérine isolée.- Thèse Paris, 1958.
- 52 - SERMENT H., COMITI J. et PISSANCIEL G.- Le syndrome de désinsertion utérine.- Gynécologie, Obstétrique, Avril 1965, 64, N° 2, p. 271-282.
- 53 - SERMENT et FELCE - A propos du syndrome de Masters et Allen.- Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique, Mars 1962, T. 14, n° 2, p. 182.
- 54 - SERMENT et FELCE - Considérations sur les rétroflexions utérines douloureuses.- Revue Française de Gynécologie Obstétrique, Mai 1963, 58, n° 5.
- 55 - SERMENT, FELCE, RUF - Réflexions sur le syndrome de Masters et Allen.- Marseille Chirurgie, 1963, 1561, p. 35-40.
- 56 - SERMENT, RUF, PIANA, BOSSI, FELCE - A propos de quelques observations d'endométriase.- Bulletin de la Fédération des Sociétés de Gynécologie et Obstétrique, 1965, 17, N° 5, 469.
- 57 - TAYLOR - Congestion vascular hyperhemia.- American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1949, 57, 2, p. 211-230 - 1949, 57, 4, p. 637-666.
- 58 - THOYER-ROZAT, SENEZE - Procédés d'exclusion du

Douglas.- Entretiens de Bichat, 1966.

- 59 - VARANGOT - Problème de la rétroversion utérine.
- Concours Médical, 25 Juillet 1953, 61.
N° 30.
- 60 - VARANGOT J., GRANJON, CHARTIER M. et LOFFREDO -
Syndrome de déchirure du ligament large.-
Presse Médicale, 6 Juin 1953, 67.
- 61 - VERNE J.-M., DELAGARDE P., BANGALTER L.- Syn-
drome de Masters et Allen. Entité anatomi-
que et thérapeutique nouvelle sur fond cli-
nique connu et décevant.- Mémoire de l'Aca-
démie de Chirurgie, Juin 1959, 85, N° 19-20.
- 62 - YVENAT Jean - Contribution à l'étude du syn-
drome de Masters et Allen.- Thèse médecine,
Paris, 1962.
-

T A B L E D E S M A T I E R E S

	Page
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I - HISTORIQUE.....	17
CHAPITRE II - ETUDE CLINIQUE	23
CHAPITRE III - LES LESIONS ANATOMIQUES.....	33
CHAPITRE IV - CORRELATIONS ENTRE LE SYNDROME CLINIQUE ET LES DIFFERENTES LESIONS PERITONEALES RENCONTREES	43
CHAPITRE V - DIFFERENCES ENTRE LES LESIONS PERITONEALES ISOLEES ET CELLES ASSOCIEES A UNE RETROVERSION UTERINE.....	61
CHAPITRE VI - THERAPEUTIQUE ET RESULTATS	65
CHAPITRE VII - LES OBSERVATIONS	81
CONCLUSION	135
